

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS
Maria de Fátima Barros da Silva/ESF Maria de Fátima I, Rio Branco/AC.**

Alian Ernesto Garcés García

Pelotas, 2016

Alian Ernesto Garcés García

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS
Maria de Fátima Barros da Silva/ESF Maria de Fátima I, Rio Branco/AC.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

G216m Garcia, Alian Ernesto Garcés

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS Maria de Fátima Barros da Silva/ESF Maria de Fátima I, Rio Branco/AC / Alian Ernesto Garcés Garcia; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todos aqueles que acreditaram e colaboraram na realização deste projeto ganhando mais um desafio com seu empenho direcionado a melhorar a saúde de nossa população.

“Onde quer que a arte da medicina seja amada, há também um amor da humanidade” (Hipócrates).

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a Deus, por me dar forças e iluminar meu caminho durante esta tarefa e permitir que tudo isso acontecesse.

À minha família, que me inspira e dá o apoio nas horas mais difíceis, ajudando a mim para que eu concluísse mais uma experiência extraordinária em minha vida.

À minha esposa, pelo companheirismo e compreensão, por ser um exemplo a ser seguido com sua força de vontade inspiradora.

À UFPEL, pela excelência de ensino e pela oportunidade.

Aos professores orientadores Simone e Ailton, pelos ensinamentos prestados, orientação segura e apoio. Pelo dom da sabedoria.

Resumo

GARCIA, Alian Ernesto Garcés. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Maria de Fátima Barros da Silva/ESF Maria de Fátima I, Rio Branco/AC.** 2016. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são causas de atendimento frequentes nos serviços de atenção primária, porém, a realização do acompanhamento e o tratamento adequado reduz o risco de complicações de ambas, seja a curto e/ou longo prazo. Diante disso, esse trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção que teve por objetivo qualificar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria de Fátima Barros da Silva/ESF Maria de Fátima I, do município de Rio Branco, Acre. A intervenção ocorreu durante 12 semanas com o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o monitoramento da intervenção foi utilizada a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso. Dos 832 hipertensos e 237 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 501 (60,2%) hipertensos e 167 (70,5%) diabéticos, sendo alcançada apenas a cobertura do programa para os usuários diabéticos. No entanto, a intervenção propiciou a melhoria da qualidade da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, a partir da realização da capacitação da equipe, cadastramento dos usuários, monitoramento e registro dos atendimentos, atividades educativas, atendimento clínico, busca ativa dos usuários faltosos às consultas. Sendo assim, com o desenvolvimento destas ações, podemos promover a saúde dos hipertensos e diabéticos, diminuir o risco de complicações, gastos com medicamentos, transporte, internação hospitalar e mortalidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão

Lista de Figuras

Figura 1-	Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.....	56
Figura 2-	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	56
Figura 3-	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	57
Figura 4-	Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	58
Figura 5-	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	59
Figura 6-	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	60
Figura 7-	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	60
Figura 8	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	61
Figura 9	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	62
Figura 10	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	63
Figura 11	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	63
Figura 12	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	65
Figura 13	Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.....	66
Figura 14	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	66
Figura 15	Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.....	67
Figura 16	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, da área de abrangência da ESF	

	Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	68
Figura 17	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	69
Figura 18	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	70
Figura 19	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	70
Figura 20	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	71
Figura 21	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	72
Figura 22	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.	73
Figura 23	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.....	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PS	Pronto Socorro
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAPS	Unidade de Referência de Atenção Primária de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	133
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	466
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	74
5 Relatório da intervenção para gestores	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	83
Anexos	84
Anexo A – Planilha de coleta de dados	85
Anexo B – Ficha espelho	86
Anexo C - Documento do Comitê de Ética.....	87

Apresentação

O presente volume refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com apoio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada durante 12 semanas, na Estratégia Saúde da Família (ESF) Maria de Fátima I, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria de Fátima Barros da Silva, situada em Rio Branco/AC, o qual teve por objetivo geral a melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos e /ou hipertensos da área.

Este volume está dividido em sete capítulos: o primeiro contém a Análise Situacional da Equipe de Saúde da Família/ Atenção Primária a Saúde (ESF/APS) em que se desenvolveu o trabalho de intervenção; no segundo está descrita a Análise Estratégica, que compreende a elaboração do projeto de intervenção; no terceiro capítulo encontra-se o Relatório da Intervenção onde apresentamos as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, aspectos relativos à coleta e a sistematização dos dados, assim como a incorporação das ações à rotina da UBS.

No quarto capítulo está a Avaliação da Intervenção com a descrição dos resultados da intervenção, por meio da análise dos gráficos e a discussão dos resultados. A quinta e a sexta partes se referem, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e para a comunidade, prestando contas aos mesmos das ações desenvolvidas durante a intervenção. Na sétima parte encontramos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Finalizando o volume, estão as referências bibliográficas e os anexos utilizados durante a realização desta intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no município de Rio Branco, do estado do Acre. Inicialmente, trabalhei no centro de saúde Barral e Barral, por quase oito meses. Depois de muito esforço para adaptar a realidade de um centro de saúde para as informações e tarefas solicitadas como se fosse uma UBS, fomos transferidos para a UBS Maria de Fátima Barros da Silva localizada na periferia da cidade de Rio Branco, no bairro Sobral. Esta UBS tem uma boa estrutura e é composta por duas equipes de saúde: Maria de Fátima I e II. Faço parte da equipe Maria de Fátima I e tenho uma população de 6020 habitantes, com 1302 famílias cadastradas. Minha equipe está composta por: médico, oito ACS, enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de serviços gerais.

A UBS tem suficiente espaço para um bom atendimento, com consultórios médicos muito bons nos quais é possível examinar os usuários sem dificuldade, além disso, tem recepção, sala de espera, farmácia, consultório de enfermagem, sala de vacina, consulta de odontologia sem odontólogo, sala para curativos, departamento para esterilização, sala para nebulização, salão de reuniões, cozinha, três banheiros e quintal com depósito para o lixo.

Existem 24 gestantes e 56 lactantes cadastrados, a maioria está com controles periódicos com boa organização e agendamento das consultas; temos dois casos de Tuberculose, 156 portadores de HAS cadastrados, 31 portadores de DM cadastrados, 13 asmáticos cadastrados, oito usuários são acamados. As gestantes, assim como outros usuários, têm muitas dificuldades para realizar os exames complementares, incluindo as ultrassonografias, já que existem poucas opções para aquelas que têm poucos recursos, uma vez que o agendamento feito pelo sistema público demora demais e os resultados dos exames sorológicos das mesmas

chegam três ou quatro meses depois de que foram feitos. O seguimento das puérperas tem sido recuperado pouco a pouco com ajuda das ACS.

O acesso à UBS ainda não atende aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). As consultas médicas se dão através da distribuição de fichas diariamente no mesmo turno do atendimento, o que gera uma fila enorme, muitas horas antes de abrir a UBS (madrugada). Como o loteamento onde estamos localizados é violento, muitas pessoas temem ir para a fila na madrugada, logo, não conseguem ser atendidos. Desta forma, observamos que quem tem acesso à fila acaba consultando inúmeras vezes, e outras pessoas, nem procuram nosso atendimento. Outra dificuldade de acesso refere-se aos dias e horário de funcionamento da UBS, que é de segunda a sexta-feira somente diurno das 8:00h às 12:00h e das 13:30h às 17:30h por isso as pessoas que trabalham encontram dificuldades para serem atendidos.

A área de abrangência da UBS apresenta algumas dificuldades em relação a drenagem da água residual, pois está localizada em uma área que alaga com frequência, é por isso que este município é endêmico de Dengue e outras doenças transmissíveis; a grande maioria da população é composta por pessoas de baixo nível socioeconômico, o que as tornam muito dependentes do serviço público. Existe um predomínio das casas de madeira, abastecimento da água é feito pela rede pública, mas a água não está tratada; a maior parte da população é alfabetizada e tem um índice de violência mediano.

Os medicamentos indicados são procurados nas farmácias da rede pública e alguns são comprados em farmácias populares. O bairro tem uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e contam com outras especialidades no Hospital, previamente agendadas, apesar de que demoram muito, e os usuários são encaminhados ao centro de saúde da área onde fazem os agendamentos.

Meu relacionamento com a população é bom apesar do idioma, atendo as consultas agendadas e algumas emergências por dia, assim como realizo visitas domiciliares com a equipe. Nosso desafio na ESF é trabalhar com a comunidade a consciência de prevenção da doença e promoção da saúde, a relação de temas transversais (meio ambiente, lixo, educação, lazer, etc.). Em reuniões da equipe de saúde se debatem todas as estratégias para prestar uma atenção de excelência a esta população, fazendo um diagnóstico da situação de saúde, com a identificação e hierarquização dos problemas principais das comunidades.

Além de tudo o que já foi referido, a interação e o relacionamento com a população são bons, com uma boa aceitação por parte dos usuários que saem satisfeitos das consultas e procedimentos realizados. Manifestam muita satisfação e gratidão com as visitas domiciliares que estão sendo realizadas e o relacionamento médico/usuário é muito próximo.

Já trabalhei em vários países, cada um com costumes diferentes, mas meu objetivo sempre será educar a população em matéria de saúde, mas nunca mudar seus costumes ou cultura.

Os desafios são grandes, existem muitos problemas, o gestor é distante da nossa realidade, porém a equipe é muito esforçada, e quem opta em permanecer no serviço se esforça para mudar a realidade. Procuro me apegar mais aos projetos de melhoria do que aos problemas já instalados, sei que podemos melhorar muito, este é um desafio diário.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Rio Branco, capital do estado brasileiro do Acre, localiza-se às margens do Rio Acre, com território de 9.222,58 km², sendo o quinto município do estado em tamanho territorial; desta área, apenas 44,90 km² estão em perímetro urbano. Sua população aproximada é de 336.038 habitantes, segundo censo do IBGE de 2010, sendo a sexta maior cidade da Região Norte do Brasil. O povoamento da região de Rio Branco se deu no início do século XIX, com a chegada de nordestinos. O desenvolvimento do município ocorreu durante um grande período dado pelo ciclo da borracha. Nesta época ocorreu ainda uma miscigenação da população, com traços do branco nordestino com índios Kulinaã, sendo que houve também influência de povos vindos de outras regiões do mundo, como turcos, portugueses, libaneses e outros (IBGE, 2010).

O sistema de saúde conta com 59 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 57 urbanas, e duas rurais, com ESF, apenas algumas dispõem de atendimento odontológico. A rede de atenção conta ainda com seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), três unidades de referência de atenção primária de saúde (URAP), e dois Prontos Socorro (PS), um laboratório de prótese dentária, um centro de especialidades odontológicas (CEO), um centro de assistência farmacêutica e três unidades para realização de exames laboratoriais. Neste momento há 48 médicos

do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB) atuando em todo o município, e no estado são 142.

Atuo na UBS Maria de Fátima Barros da Silva, localizada na periferia da cidade de Rio Branco, no bairro Sobral. Esta UBS é composta por duas equipes de saúde: Maria de Fátima I e II, sendo que cada uma delas atende às suas comunidades. Faço parte da ESF Maria de Fátima I e a equipe é formada por: médico, oito ACS, técnico de enfermagem, enfermeira, odontólogo e auxiliar de saúde bucal. A população da área de abrangência é de 1302 famílias, aproximadamente 5208 usuários, segundo último levantamento feito pelos ACS.

O acolhimento é realizado pelo enfermeiro que faz o agendamento familiar e solicita ou realiza as consultas de exames de prevenção do câncer de colo, pré-natal, puericultura. Quando estão com problemas de saúde agudos são atendidos no dia, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O atendimento é realizado em dois turnos e sempre temos médico disponível. A equipe de enfermagem faz tudo que for preciso para um melhor atendimento e acolhimento nos casos de "alto risco de morte" ou "risco moderado", sendo que a presença do médico é essencial, necessitando de intervenção rápida da equipe, ofertando inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso.

Quanto à estrutura física, a UBS conta com dois consultórios médicos, uma sala para ações de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala para esterilização, uma cozinha, um local para realizar os exames preventivos de câncer de colo de útero, uma sala para curativos, sala de espera, recepção, um banheiro para usuários e outro para funcionários, sala de reuniões, sala de nebulização, sala de esterilização, depósito para lixo, uma farmácia que tem a maioria dos medicamentos básicos necessários para atender a demanda da comunidade, incluindo os remédios para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mas ainda são em quantidade insuficiente.

Além dos locais da parte gerencial e do todo o pessoal administrativo, a Unidade Básica de Saúde tem uma adequada estrutura sanitária, o recolhimento do lixo se faz de forma diária por um carro da prefeitura. Esta unidade foi construída recentemente e tem toda a estrutura necessária de uma UBS, não temos barreiras arquitetônicas, e conta com banheiros adaptados para cadeirantes, assim como outros mecanismos de acesso facilitado a estes usuários.

Temos dois médicos para fazer atendimentos em medicina geral. A demanda dos atendimentos é muito alta, mas é planejada. Não temos transporte fixo para fazer visitas domiciliares, nem os atendimentos nas comunidades, as consultas de acompanhamento especializado são feitas fora do município e acabam afetando as nossas atividades na atenção primária pela falta de transporte, provocando mudanças do trabalho já planejado da semana. Este é outro dos problemas de funcionamento já identificado pela nossa equipe que tem sido discutido com o Secretário de Saúde e o Prefeito do município, mas ainda não temos resposta diante de nossa reclamação. Todas as sextas-feiras realizamos as reuniões da equipe nas quais fazemos o planejamento do trabalho da semana. Nem todas as pessoas que são chamadas para consulta comparecem, acontece a mesma situação com as demais equipes e a demanda espontânea acaba aumentando e modificando o trabalho.

Nossa equipe realiza atividades para a identificação das necessidades de saúde da população cadastrada, programa e implementa atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde identificadas na população, desenvolve ações de promoção e prevenção priorizando os grupos de risco e também trabalha para modificar os fatores de risco clínico, alimentares e ambientais que são identificados nas pesquisas ativas.

Realizamos atenção à saúde não só na UBS, mas também no domicílio e em locais do território tais como: salões comunitários e atividades educativas nas escolas. Participamos do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada de suas necessidades de saúde e realizando a primeira avaliação.

Na UBS há um acolhimento qualificado e atendemos sem discriminação. No nosso local de trabalho temos muitas alternativas para novas ações de saúde, escutamos as necessidades dos usuários, prestamos atendimento para problemas de saúde agudos, ou por situações imprevistas que possam surgir, ainda que não tenham agendamento prévio, adaptando-se às necessidades de cada usuário e à realidade da unidade. Os trabalhadores da equipe devem estar atentos para perceber as peculiaridades de cada situação, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. Desta forma, a equipe realiza ações de promoção à saúde. O acolhimento tem duração de cinco minutos ou mais,

e participam desta ação a enfermeira, técnico de enfermagem e os médicos, além do acolhimento pelo profissional de odontologia. Como na unidade não se faz endodontia ou cirurgia dentária se encaminha o usuário para outras unidades mais especializadas.

Em relação à atenção à saúde da criança, nossa UBS tem uma estimativa de 104 crianças menores de um ano residentes na área, com 67 crianças cadastradas (64% de cobertura). Nossos indicadores de qualidade não estão muito bons, temos 90% das consultas em dia e 10 % das consultas atrasadas, precisamos trabalhar em busca as crianças faltosas e integrar nutricionista, pediatras, ACS e a equipe toda para um melhor trabalho com as crianças, capacitando-os em atenção à criança, uma vez que os ACS podem ajudar na prevenção de muitas doenças e acidentes na infância.

O atendimento é feito pela enfermeira e pelo médico, buscamos redução da morbimortalidade e a potencialização do desenvolvimento da criança, seguindo protocolos do Ministério de Saúde (MS) e da secretaria de nosso estado, desenvolvendo ações para manter o cuidado da criança, classificando em grupos de risco, seguimento e atualização das vacinas, fazemos teste de pezinho, atividades grupais, planejamento de cada atendimento e agendamento da próxima consulta, também orientamos as mães sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses e como será a alimentação da criança após os seis meses de idade.

Em relação à atenção pré-natal, temos um estimado 52 grávidas, destas 34 estão cadastradas na UBS, com 65% de cobertura. A qualidade não está muito boa; das grávidas cadastradas, só foram captadas no primeiro trimestre 24 (71%). Enfim temos que trabalhar para fazer a captação precoce de todas as grávidas e seu seguimento, assim como das puérperas que fiquem na área, para evitar as complicações. A primeira consulta da gestante é feita pela enfermeira e obstetra e algumas vezes pelo médico da família; e não temos teste rápido de gravidez, e os exames complementares da atenção ao pré-natal tardam em chegar o resultado, demorando assim o diagnóstico de doenças e dos fatores de risco. Temos 62 de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, o que representa 60% de cobertura, se levarmos em consideração as 104 mulheres estimadas pelo Caderno de Ações programáticas (CAP).

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, em nossa UBS temos um total 1172 mulheres residentes entre 25 e 64 anos de idade que são da área de

abrangência da UBS, com 88% de cobertura para o exame de prevenção de câncer colo de útero e 90% estão com exame de colo de útero em dia. Os poucos indicadores da qualidade da prevenção do Câncer de Colo de Útero avaliados estão com proporções elevadas, indicando boa qualidade desta ação. Em relação ao Controle do Câncer da Mama, temos 294 mulheres residentes entre 50 e 69 anos de idade na área da UBS, com 50% de cobertura e 31% delas com mamografia em dia. Todas foram avaliadas para câncer de mama e orientadas para prevenção.

Os problemas identificados nestas ações estão sendo trabalhados com os ACS para cadastrar toda a população e fazer pesquisa ativa para ter certeza de quantas mulheres possuem o exame histopatológico do colo do útero realizado e quantas mamografias foram realizadas nos últimos três anos, para que possamos dar continuidade ao trabalho.

Em relação aos portadores de HAS e/ou DM em nossa UBS, temos uma estimativa 915 hipertensos, e cadastrados 531, com 58% de cobertura; em relação aos diabéticos, o CAP apresenta uma estimativa de 261 usuários, mas na UBS existem apenas 156 cadastrados, para uma cobertura de 60%. Uma vez que o usuário é diagnosticado com a doença é importante orientar para mudanças de estilo de vida, fazer correta orientação nutricional, incentivar a prática de atividade física e iniciar a medicação com metformina, que é o medicamento de escolha para os usuários com diabetes tipo 2. Também é preciso fazer uma avaliação inicial do usuário com exames como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeo, creatinina, exame de urina, eletrocardiograma, avaliação de risco cardiovascular global e acompanhamento pela equipe de saúde por meio do agendamento das consultas.

Fazemos pesquisa diária de hipertensos e diabéticos através da aferição da pressão arterial de todos usuários que tenham mais de 15 anos e medição de altura e peso corporal, calculando o índice de massa corporal. O monitoramento destas doenças é fácil e possível, já que em todas as unidades de saúde dispomos de teste rápido de glicose, esfigmomanômetro, instrumentos primordiais para avaliação destes usuários; também podemos falar que em toda rede pública o usuário tem um total acesso a realização de exames complementares para avaliar complicações e causas destas doenças. É necessária a participação de todos os profissionais da ESF nas estratégias de prevenção primária para promover as mudanças nos estilos de vida e obter o controle metabólico e pressórico. O acompanhamento dos

hipertensos deve ser de acordo com o risco cardiovascular anual, semestral e quadrimestral, intercalados por médicos e enfermeiros. Em usuários diabéticos o acompanhamento depende da estratificação de risco, de acordo com o controle metabólico.

Em relação à saúde dos idosos, temos que evitar os estigmas negativos normalmente associados ao processo de envelhecimento, estes têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Em nossa área temos uma população geral de 5208 habitantes, dos quais, 10 a 15% são idosos, de acordo com a média no Brasil, o que constitui um problema de saúde pública, já que esta população tende a apresentar vários problemas simultaneamente e existem fatores de risco que devemos identificar precocemente.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível no CAP, está adequada a nossa realidade, pois temos 373 idosos na área de abrangência, com cobertura de 95%. Dos acompanhados, temos 89% com caderneta de saúde da pessoa idosa, 40% com avaliação multidimensional e 89% com acompanhamento ao dia, 10% de idosos frágeis, 70% portadores de HAS e 11% portadores de DM. Acolhemos esta população em demanda espontânea e agendamento, também participam dos grupos de hipertensão e diabetes. A maioria das visitas domiciliares é feita para esse grupo etário, pois eles padecem das complicações destas doenças e de osteoporose, apresentando alta prevalência de fraturas.

Podemos melhorar ainda mais a orientação nutricional saudável, aumentar a informação das diferentes questões sobre o cuidado do idoso nos diferentes meios de comunicação, ajudar a família do idoso com a informação que necessita para o cuidado do mesmo. A equipe avalia o estado nutricional a cada seis meses, incentivando-os para a realização de atividade física. Toda a equipe trabalha com as famílias para evitar as complicações de suas doenças e assim ter uma vida melhor e de qualidade.

Em relação ao atendimento odontológico temos muito indicadores a melhorar por conta de que a unidade ficou muito tempo sem o serviço, o qual foi recentemente reestabelecido e vai levar um tempo para conseguirmos suprir as necessidades de todos os grupos de riscos da população (grávidas, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos e outros).

Após realizar esta análise, avalio que um dos pontos mais fortes da minha UBS são os recursos humanos, já que temos um coletivo que, apesar das dificuldades que se apresentam, sempre está disposto a trabalhar por um melhor atendimento a população. Temos muitas coisas a melhorar, mas considero prioritária a ampliação do fornecimento de atendimento odontológico, já que a equipe odontológica tem que dar atendimento para as duas comunidades.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao comparar o texto realizado no início do curso com este Relatório de Análise Situacional é possível perceber que, no início, só conhecíamos a estrutura física da unidade, mas não conhecíamos os demais dados populacionais, não tínhamos a facilidade de trabalho que temos agora, desconhecíamos os nossos indicadores de cobertura e de qualidade e tampouco tínhamos os conhecimentos que temos sobre o número de usuários, hipertensos e diabéticos. Agora estamos muito mais preparados para fazer um atendimento de qualidade, conhecendo nossas falhas e trabalhando diretamente sobre elas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM são problemas de saúde considerados muito sérios na gestão da saúde pública, tanto pelo número de pessoas que são afetadas, como pelas complicações e deficiências que provocam, além do gasto econômico em todo o atendimento ou abordagem terapêutica. Qualquer indivíduo está sujeito a tais enfermidades, independentemente de classe social ou etnia, ao fato de que essas enfermidades acometem de forma geral, abordadas como epidemia mundial, sendo essa uma questão que requer muita atenção e foco por parte da política pública de saúde. Mediante o exposto, essas Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), segundo o Ministério da Saúde, representam grandes desafios para o desenvolvimento global, no âmbito da saúde para as próximas décadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013 a, b).

A UBS Maria de Fátima Barros da Silva está localizada na zona urbana do município de Rio Branco/AC e é composta por duas equipes de saúde: Maria de Fátima I e II. Faço parte da ESF Maria de Fátima I sendo que a equipe é formada por: médico, oito ACS, técnico de enfermagem, enfermeira, odontólogo e auxiliar de saúde bucal. A estrutura física da unidade atende aos anseios do atendimento, possuindo todas as salas necessárias para a realização das atividades daquela unidade. A população da área de abrangência é de 1302 famílias, aproximadamente 5208 usuários.

Em relação aos portadores de HAS e/ou DM em nossa UBS, temos uma estimativa 915 hipertensos, mas temos 531 usuários cadastrados, com 58% de cobertura; em relação aos diabéticos, o CAP apresenta uma estimativa de 261 usuários, mas na UBS existem apenas 156 cadastrados, para uma cobertura de 60%. Entretanto, segundo último levantamento feito pelos ACS, possuímos na área

um total de 832 portadores de HAS e 237 portadores de DM e serão estes os valores de referência utilizados durante a intervenção. O acompanhamento dos hipertensos deve ser de acordo com o risco cardiovascular anual, semestral e quadrimestral, intercalados por médicos e enfermeiros. Em usuários diabéticos o acompanhamento depende da estratificação de risco, de acordo com o controle metabólico.

Os números apresentados justificam a escolha realizada para o foco de intervenção. Por tratar-se de uma população com risco social grande e pouco instruída sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. É notório que informações sobre a necessidade de alimentação saudável, exercícios físicos regulares e o risco de tabagismo podem contribuir grandemente ao trabalho pretendido.

Com a finalidade de organizar, planejar, avaliar e monitorar a assistência aos usuários da unidade, esta intervenção pode qualificar a assistência e contribuir para o fortalecimento, a integração e a resolatividade do Sistema Único de Saúde através das estratégias adotadas, sendo que para isso, temos como ponto facilitador o fato da equipe de saúde estar engajada e buscando o mesmo objetivo: a melhoria da qualidade da assistência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na ESF Maria de Fátima I, da UBS Maria de Fátima Barros da Silva, em Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

1.1. Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 70% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, na ESF Maria de Fátima I, da UBS Maria de Fátima Barros Silva, em Rio Branco/AC. Participarão da intervenção os usuários com HAS e DM que estão dentro da faixa etária estabelecida pelo protocolo do MS e que fazem parte da área de abrangência desta equipe.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:*Ações:*

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

A quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, será acompanhado pelo médico, e a equipe de saúde mensalmente, através da ficha espelho e planilha de coleta de dados fornecidos pela coordenação pedagógica da instituição de ensino pedagógico da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:*Ações:*

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

O médico vai garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa solicitando aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde o preenchimento dos dados do usuário nos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados), esperando cadastrar o maior número possível de usuários portadores de HAS e DM durante o período de três meses.

Nossa equipe de saúde e o médico todos os dias melhorarão o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, através da liberação de consultas na agenda e priorizando um dia da semana para todos os usuários com estas patologias, motivando-os a aderir ao tratamento e ao acompanhamento contínuo, assim como sua importância para diminuir suas complicações.

Nas reuniões mensais feitas pela equipe, o médico informará à coordenadora da Unidade Básica de Saúde, para garantir todos os recursos e materiais necessários para a tomada da medida da pressão arterial e para

realização do hemoglicoteste na UBS, o qual será informado ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento dos usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações:

O médico e a equipe da Unidade Básica de Saúde realizarão palestras, colocarão murais e divulgarão sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus tudo diariamente nas consultas e visitas domiciliares.

O médico e a equipe da Unidade Básica de Saúde, todos os dias durante as consultas e visitas domiciliares, informarão a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a necessidade de realizar o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O médico e a equipe da Unidade Básica de Saúde, todos os dias nas consultas, visitas domiciliares, reuniões grupais e outros ambientes possíveis orientarão a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, mediante práticas educativas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações:

Acredito que nas reuniões mensais da equipe de saúde o médico e enfermeiro, com apoio do técnico de enfermagem, poderão realizar a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda população da área de abrangência da unidade de saúde. Também, será capacitada toda a equipe para a verificação de forma criteriosa e correta da pressão arterial assim como hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:*Ações:*

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

Diariamente, o médico realizará o monitoramento do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos conforme a padronização estabelecida.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:*Ações:*

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e diabéticos.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

O médico e a coordenadora estabelecerão as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, nas reuniões mensais da unidade.

O médico organizará a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS durante o desenvolvimento das reuniões mensais da equipe. A coordenadora estabelecerá a periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada nas reuniões de equipe mensalmente.

Na reunião mensal da equipe a coordenadora disporá de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação:

O médico orientará diariamente em palestras educativas os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação:

O médico mensalmente fará a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado durante as reuniões mensais.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento da ação:

Diariamente, o médico e enfermeira monitorarão, a partir da análise dos registros feitos, a realização do exame dos pés das pessoas com diabetes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento da ação:

O médico e a coordenadora estabelecerão as atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés dos usuários diabéticos, nas reuniões mensais da unidade.

Ação

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento da ação:

O médico organizará a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS durante o desenvolvimento das reuniões mensais da equipe.

Ação:

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Detalhamento da ação:

A coordenadora junto ao médico garantirá com o gestor municipal o monofilamento 10g para exame dos pés.

Ação

Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

O médico e a coordenadora estabelecerão um turno completo durante a semana (quarta-feira) para os usuários portadores de diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Ação

Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento da ação:

A coordenadora junto ao médico garantirá com o gestor municipal a coordenação para o cuidado das pessoas com diabetes a solicitação da referência e contra-referência em aqueles que precisem de consulta especializada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação:

O médico orientará diariamente, em palestras educativas, os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ação**

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento da ação:

O médico mensalmente fará a capacitação da equipe para a realização de exame apropriado dos pés dos usuários portadores de diabetes durante as reuniões mensais.

Metas:

2.4. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:*Ações:*

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação:

O médico e enfermeira, diariamente, monitorarão o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:*Ações:*

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação:

O médico e o enfermeiro garantirão a solicitação e agendamento dos exames complementares diariamente, os quais estão disponíveis no laboratório. A coordenadora junto ao médico garantirá com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

A coordenadora alimentará o SIAB semanalmente, e com ajuda da equipe elaborará um registro para acompanhamento dos usuários que possa estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação:

O médico e o enfermeiro orientarão os usuários e a comunidade quanto à necessidade e importância de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação:

O médico mensalmente fará a capacitação da equipe seguindo o protocolo adotado na UBS para a solicitação de exame complementares, durante as reuniões mensais.

Metas:

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação:

A coordenadora da unidade realizará semanalmente o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular através de um registro específico que será utilizado pelos funcionários da farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ações

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Mensalmente os funcionários de farmácia realizarão controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos solicitado pela e farão um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, solicitado pela coordenadora.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação:

A coordenadora e os funcionários de farmácia diariamente orientarão os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação:

Capacitaremos e atualizaremos os profissionais da equipe para seguir o protocolo na UBS para o tratamento da hipertensão e diabetes. A coordenadora e o médico, nas reuniões mensais, capacitarão a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Metas:

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:*Ações*

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

Diariamente, o médico realizará o monitoramento das pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico, através da revisão dos prontuários, das fichas espelho e do exame físico dos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:*Ações:*

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

O médico organizará a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes junto a equipe da UBS. O médico junto a equipe e especialmente com o pessoal de odontologia organizará a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários com hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

O médico orientará diariamente em palestras educativas os usuários e a comunidade a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:*Ações*

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

O médico e o enfermeiro nas reuniões mensais capacitarão a equipe com ajuda do pessoal de odontologia na avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:*Ações:*

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação:

Monitorar pelo médico o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Semanalmente, o médico revisará os prontuários, fichas e agenda a fim de verificar possíveis faltosos às consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO*Ações:*

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Organizar, pelo médico e a coordenadoras, semanalmente visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda pelo médico e a coordenadora semanalmente para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação:

Realizar práticas educativas diariamente pelo médico e ACS para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Toda a equipe levará estas informações nas visitas domiciliares, consulta médica diária assim como a realização de encontros semanais. Também ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Realizar diariamente na consulta e nas visitas domiciliares atividades educativas pelo médico e a equipe de saúde para esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação:

Mensalmente nas reuniões da equipe, o médico vai realizar a capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO*Ações:*

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Mensalmente a coordenadora monitorará a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO*Ações:*

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação:

Mensalmente a coordenadora manterá as informações do SIAB atualizadas. Se implantará e monitorará diariamente a ficha de acompanhamento pelo médico e a equipe de saúde. Se pactuará com a equipe e o médico o registro das informações, revisando os livros e prontuários semanalmente.

Nas reuniões da equipe semanais, se selecionará uma pessoa responsável pelo monitoramento dos registros. Mensalmente a equipe grampeará um quadrado de papelão vermelho no prontuário que alerte situações em quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação:

Diariamente e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS nas consultas médicas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação:

Em reunião mensal com equipe de saúde a coordenadora capacitará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Mensalmente o médico capacitará a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação:

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos pelo médico com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada através da consulta aos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

Semanalmente, o médico juntamente com a equipe da unidade, priorizarão o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes considerados de alto risco, sendo que para isso estarão reservadas vagas específicas para o atendimento deste grupo. Semanalmente, os Agentes comunitários e a recepção organizarão a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação:

Se orientarão diariamente os usuários pela equipe e o médico quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. A equipe diariamente nas consultas e visitas domiciliares esclarecera aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da ação:

O médico capacitará a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nas reuniões mensais. Nas reuniões mensais o médico e a coordenadora capacitarão a equipe para a importância do registro desta avaliação. O médico capacitará a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nas reuniões mensais.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

O monitoramento quanto à realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento da ação:

Serão feitas palestras e práticas coletivas sobre alimentação saudável pelos profissionais da unidade em espaços públicos para acesso de toda a comunidade, mensalmente. A coordenadora da UBS garantirá com o gestor municipal o agendamento da presença do nutricionista nas atividades programadas mensalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, pelos profissionais da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pelo médico sobre práticas de alimentação saudável. Se capacitará a equipe da unidade de saúde, pelo médico sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões mensais.

Metas:

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações:

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos.

Detalhamento da ação:

O monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da ação:

Serão feitas mensalmente palestras e práticas coletivas pelos profissionais da unidade sobre a importância de realizar atividade física, em espaços públicos para acesso de toda a comunidade. A coordenadora da UBS garantirá com o gestor municipal o agendamento da presença do educador físico nas atividades programadas mensalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Orientar os hipertensos, os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Diariamente nas consultas médicas, visitas domiciliares, e por meio de ações educativas serão orientados hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular pelos profissionais da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Nas reuniões mensais, capacitar a equipe da unidade de saúde, pelo médico sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Metas:

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e aos diabéticos.

Detalhamento da ação:

O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados pela equipe diariamente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento da ação:

Mensalmente o coordenador deve demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Orientar os hipertensos e os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação:

Se orientará nas consultas médicas e visitas domiciliares diariamente aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pelos profissionais da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação:

Nas reuniões mensais o médico e enfermeiro capacitarão a equipe da unidade de saúde, no tratamento de usuários tabagistas.

Metas:

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e aos hipertensos.

Detalhamento da ação:

O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal dos hipertensos e diabéticos será realizado através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados das consultas médicas e odontológicas e logo todas serão coletadas pelo odontólogo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação:

O médico da UBS organizará tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre o tema de saúde bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações:

Orientar os hipertensos, os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Nas consultas, visitas domiciliares e outros espaços disponíveis se orientará aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Será realizado pelo médico, enfermeiro e odontólogo da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Nas reuniões mensais com a equipe de saúde, se capacitará a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no

Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.8 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.9 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

2.3.3 Logística

Para o desenvolvimento da intervenção sobre a saúde dos portadores de HAS e DM vamos utilizar como protocolo os Cadernos de Atenção Básica sobre estes temas, elaborados pelo MS, no ano 2013 (BRASIL, 2013 a, b), os quais já estão disponíveis na UBS. Utilizaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso de Especialização em Saúde da Família da

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) como nossa principal fonte de dados. Serão impressas uma quantidade considerável de fichas-espelhos que ficarão disponíveis na UBS para o preenchimento dos dados solicitados dos hipertensos e diabéticos durante o atendimento. As fichas serão xerocadas e dessa forma poderemos contabilizar ao final da intervenção as que foram utilizadas.

Nas reuniões de equipe, vamos levar aos profissionais e a equipe toda a proposta de intervenção e discutir a melhor forma de fazê-la com a ajuda de toda a equipe. Nas reuniões da equipe realizaremos a capacitação da equipe sobre os protocolos utilizados, assim, todos utilizarão essa referência sempre que precisarem. A capacitação acontecerá sempre na UBS na sala de reunião, e vai ser desenvolvida durante as reuniões semanais de equipe, com uma duração de uma a duas horas. O grupo que vai realizar a presente tarefa estará formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, coordenadora e recepção.

Para cumprir as metas de ampliar a cobertura, os ACS serão capacitados e apoiados pelo médico no reconhecimento de usuários com sintomas ou sinais de HAS e DM, assim todos os dias nas visitas domiciliares, buscarão por estes usuários e farão o encaminhamento para a UBS.

O acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes, será realizado diariamente, em todos os horários de funcionamento da UBS, por qualquer um dos profissionais da equipe. Os usuários que realizarem sua consulta médica, já sairão com a próxima consulta agendada. Será organizado também outro Grupo de Hipertensos e Diabéticos que será divulgado para a comunidade da área da UBS para o conhecimento de todos. Estas ações têm por finalidade ampliar o número de usuários acompanhados na UBS e aumentar nossa cobertura, além de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente, o médico realizará a coleta dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos nos registros fornecidos pelo curso já mencionados, a fim de identificar os usuários faltosos para que seja realizada a busca minuciosa e ativa destes usuários. A busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos será feita durante todos os turnos de serviço pela equipe de saúde. Os atendimentos clínicos serão feitos pelo médico da equipe e os dados serão recolhidos e consolidados em na planilha eletrônica de coleta de dados.

Nas consultas e visitas domiciliares a equipe toda informará aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Realizaremos palestras e colocaremos murais sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Também orientaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, além da importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

O médico e a equipe da UBS, todos os dias nas consultas e visitas domiciliares, informarão a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, e Diabetes Mellitus, e por meio de ações educativas serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular assim como alimentação saudável entre outras questões sobre o tema. Também utilizaremos estes momentos para convidar a comunidade para se engajarem às ações desenvolvidas pela UBS, pois esta também é uma forma de exercerem o controle social.

3 Relatório da Intervenção

Ao longo de 12 semanas na ESF Maria de Fátima I, em Rio Branco – Acre, ocorreu a intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos adultos portadores de HAS e DM. Para o cumprimento deste projeto, foram desenvolvidas diversas ações em quatro eixos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e abaixo apresentaremos um relatório descrevendo as ações previstas e desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas, relatando as dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento das mesmas. Também relataremos sobre os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, bem como sobre a viabilidade de implantação das ações da intervenção à rotina do serviço.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No início da intervenção foi realizada uma reunião com a coordenadora e todos os funcionários da UBS para explicar os objetivos da intervenção, sendo o primeiro passo para levar aos profissionais e a equipe toda a proposta de intervenção e discutir a melhor forma de fazê-la com a ajuda de toda a equipe.

Nesta reunião inicialmente agradei a presença de todos, apresentei o tema de projeto de intervenção e destaquei a importância do engajamento e colaboração de cada um nas atividades previstas.

Logo realizamos as primeiras capacitações e as mais importantes, sobre os Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM, elaborados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2013. Para qualificar a prática clínica fizemos outras capacitações para a equipe, no que tange ao acolhimento aos Hipertensos e Diabéticos, assim como treinamento dos ACS e da equipe para a orientação dos usuários em estudo, quanto à realização das consultas e sua periodicidade, além de estabelecer junto a equipe as visitas domiciliares.

Nesta capacitação também abordamos diferentes temas como o preenchimento da ficha espelho e a abertura de cadastros, importantíssima ação para aumentar a cobertura do programa. A equipe de enfermagem, apesar de já conhecer e ser parte de seu trabalho diário, foi capacitada para a realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, além da verificação da Pressão Arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2006).

Durante as doze semanas desta intervenção ocorreram muitas mudanças na rotina do serviço na UBS a partir da introdução da ficha espelho, do cadastro dos usuários, convocação de usuários faltosos, encaminhamento para odontologia mesmo sem queixa, apenas por ser portador de HAS e DM, o que foi tornando-se rotina e sendo aprimorado quando foi necessário.

Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento em um dia da semana, dedicado exclusivamente ao projeto de intervenção. O agendamento, além de presencial, passou a ser feito também por telefone e nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e também foi priorizado reagendamento de faltosos.

Em alguns momentos fiquei preocupado em não conseguir convocar os usuários faltosos, sobretudo no final da intervenção, mas foi muito gratificante ouvir comentários dos usuários nas reuniões e encontros, isso só enriqueceu ainda mais o trabalho desenvolvido, empolgando ainda mais a nossa equipe. As dúvidas relatadas pelos usuários durante os encontros e consultas foram esclarecidas no momento, mas também abordamos as dúvidas no desenvolvimento das palestras, afim de que as dúvidas fossem supridas. Realmente com a intervenção mudamos muitas coisas, os usuários que participaram também mudaram muito e acredito que ambas as partes foram beneficiadas.

Dentre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e cumpridas integralmente podemos descrever a reunião com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção, pois foi uma atividade simples e pude contar com a maioria dos funcionários, faltando apenas três agentes comunitários de saúde. A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM foi satisfatória, pois apesar de alguns funcionários (Enfermeiro e técnico de enfermagem) dizerem que conheciam o tema, manifestaram ser uma experiência

para ser vivenciada. Os colegas que não participaram disseram ter algumas dúvidas sobre os documentos da intervenção e algumas informações sobre a ação programática eles já tinham esquecido, mas no curso do projeto acabaram complementando o conhecimento. Sobre o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, foi variável, pois a maioria dos profissionais desenvolvia a função corretamente, tinha alguns que às vezes abandonavam a proposta, manifestando não estar comprometido totalmente com o projeto e então outro assumia ou eu mesmo realizava alguma ação para não afetar diretamente a intervenção, mas já conhecendo o problema houve observação e substituição destes colegas sempre que foi necessário para não comprometer o trabalho.

Em relação ao monitoramento da intervenção, o cadastro dos HAS e DM da área adstrita foi bom, pois o enfermeiro e os ACS organizaram o serviço e realizaram o cadastramento dos usuários durante o estudo de maneira integral.

A organização do registro de atendimento dos HAS e DM não apresentou dificuldade, pois o técnico de enfermagem que ficou responsável por se atentar a esta ação, alertando a todo o momento os usuários sobre o retorno, verificando quem eram os faltosos, entre outras funções.

Com o desenvolvimento da intervenção ao passar do tempo os profissionais da equipe perceberam ainda mais a importância do registro e os profissionais que não estavam totalmente comprometidos com o projeto começaram a valorizar o desenvolvimento desta ação, assim conseguimos melhorar e aperfeiçoar a qualidade da atividade.

O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi realizado de maneira integral, com o preenchimento da ficha-espelho. Semanalmente foram repassadas as informações das fichas-espelho para as planilhas de coleta de dados, assim foi possível visualizar os indicadores obtidos com a intervenção, sendo um grande aprendizado.

O grupo de hipertensos e diabéticos foi realizado de maneira integral, porém foi um grande desafio porque inicialmente o grupo não era muito grande, mas durante o desenvolvimento da intervenção o grupo foi aumentando, precisando de locais fora da UBS pelo número maior de pessoas aderidas ao grupo querendo participar, tendo uma periodicidade mensal com uma à duas horas de duração. Eu acredito que não foi como esperava, mas desta vez foi uma grande surpresa, pelo aumento considerável do número de membros do grupo. Foi feito pelos ACS uma

forte divulgação mediante cartazes, boca a boca, e pelos diferentes membros da equipe, o que com certeza ajudou muito no aumento de membros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Todas as ações aconteceram segundo o planejado, menos algumas visitas domiciliares, por conta das chuvas frequentes nesta época do ano. Então, de forma indireta pode ter prejudicado a busca de usuários faltosos ou não as consultas.

Uma das ações previstas no projeto desenvolvida totalmente durante a intervenção foi à capacitação para orientações de saúde bucal, assim como a visita domiciliar odontológica, já que nossa unidade desde o início da intervenção contava com dentista, não sendo assim o ano passado, situação que motivou muito a equipe e os usuários hipertensos e diabéticos.

Outra dificuldade foi nas visitas domiciliares do médico, porque a mesma foi feita com meios próprios de locomoção e a pé, já que a unidade de saúde não tem carro e sempre que tentei contatar transporte aconteceu alguma coisa que impedia o uso do mesmo. Mas com o esforço dos ACS e do médico a equipe conseguiu cumprir a tarefa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não foi possível o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM e para solicitar apoio para a captação destes usuários, pois nem os funcionários antigos sabiam dizer quem eram essas lideranças, estavam todos desatualizados e com a justificativa que isso mudava a todo o tempo. Quando indaguei a coordenadora sobre o desenvolvimento desta ação, ela me passou alguns contatos telefônicos, porém ao entrar em contato, alguns não existiam e/ou não conheciam, outros disseram que não faziam mais parte. Ao indagar se conheciam os atuais líderes comunitários a resposta obtida foi não. Então, diante disso, fiquei impossibilitado de saber e percebi que não dependia apenas de mim, do meu esforço, mas da ajuda e colaboração, que não recebi no momento que necessitava, mas isso apesar de ser uma dificuldade não paralisou o projeto que continuou adiante.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Cabe ressaltar que algumas dificuldades foram encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, como em relação aos dados da UBS, pois apenas uma funcionária soube dizer o número total da população da UBS e o número total de HAS e DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, porém achei esse dado descrito em documentos oficiais do município, mas muito desatualizados. Ainda podemos destacar como dificuldade já descrita o não envolvimento de alguns profissionais (minoridade) da equipe na coleta de dados. Ainda, devo destacar que na UBS não contamos com computador disponível para realizar esta atividade, ao passo que foi necessário usar computador pessoal.

Tive algumas dificuldades no cálculo dos indicadores no fechamento do mês três, porque dados dos meses anteriores corrigidos não melhoraram os indicadores, o qual gerou muita dúvida, mas pude superar a dificuldade mediante a ajuda de meus orientadores e supervisores que me orientaram e responderam minhas dúvidas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Apesar de ainda ter muito a melhorar no programa de usuários com hipertensão e diabetes já é realidade na UBS. Hoje o usuário hipertenso e/ou diabético é cadastrado e segue todo um protocolo de atenção individual que preza por excelência em qualidade. A ficha espelho é um mapa que facilita esse processo e já está incorporada ao serviço, bem como o monitoramento das ações.

A garantia de consulta médica ao usuário com a realização do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames complementares de acordo protocolo; registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, garantia da consulta de retorno, facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas, tudo isso agora é uma realidade introduzida pela intervenção na rotina da UBS.

É preciso continuar estreitando os laços com a gestão para juntos tentar encontrar soluções para os problemas identificados e participar na sugestão de políticas de longo prazo que contribuam com a melhoria da Atenção Primária à Saúde (APS).

4 Avaliação da intervenção

A intervenção ocorrida na ESF Maria de Fátima I, da UBS Maria de Fátima Barros da Silva, no município de Rio Branco/Acre, alcançou diversos resultados ao longo dos três meses da realização do Projeto de Intervenção, tendo em vista a busca da melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes. A ESF conta com uma estimativa de 832 hipertensos e 237 diabéticos.

4.1 Resultados

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Com uma estimativa inicial de 832 hipertensos o cadastramento dos usuários portadores de HAS aconteceu paulatinamente com mudanças progressivas, em concordância às consultas agendadas e estabelecidas pelos agentes comunitários de saúde a cada usuário.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 117 (14,1%) usuários hipertensos. Nesse período a intervenção iniciou devagar e eu tive uma pausa por conta das férias o que com certeza afetou de alguma forma o ritmo da intervenção. Ademais, nossa área de saúde foi atingida por fortes chuvas durante as semanas finais do mês, sendo outra dificuldade que explica o resultado exposto. Nossa comunidade encontra-se na periferia da cidade, tendo poucas ruas pavimentadas, assim, é muito afetada pelas chuvas, então isso atrapalhou o início de nosso trabalho. Mesmo assim, foi um período de conscientização da equipe na busca dos hipertensos da comunidade e sua incorporação no projeto de saúde.

Durante o segundo mês foram cadastrados 357 usuários hipertensos, registrando 42,9% da área de abrangência e no terceiro foram cadastrados 501 usuários hipertensos, registrando 60,2% (Figura 1).

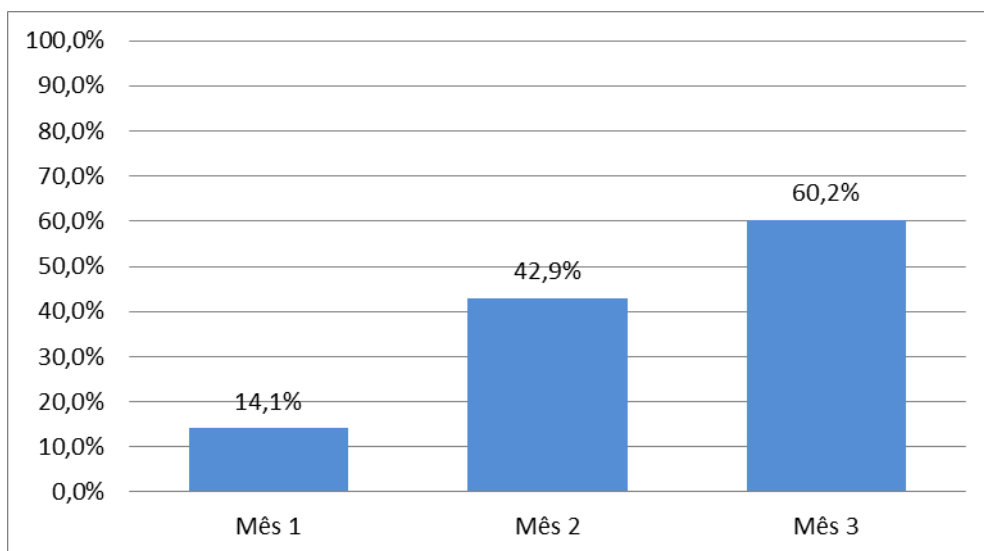


Figura 1: Gráfico da Cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês foram 36 diabéticos (15,2%). No segundo mês o cadastro foi aumentando e chegou à 121 diabéticos registrados (51,1%) e no terceiro mês chegamos ao total de 167 diabéticos cadastrados, alcançando 70,5% de cobertura (Figura 2).

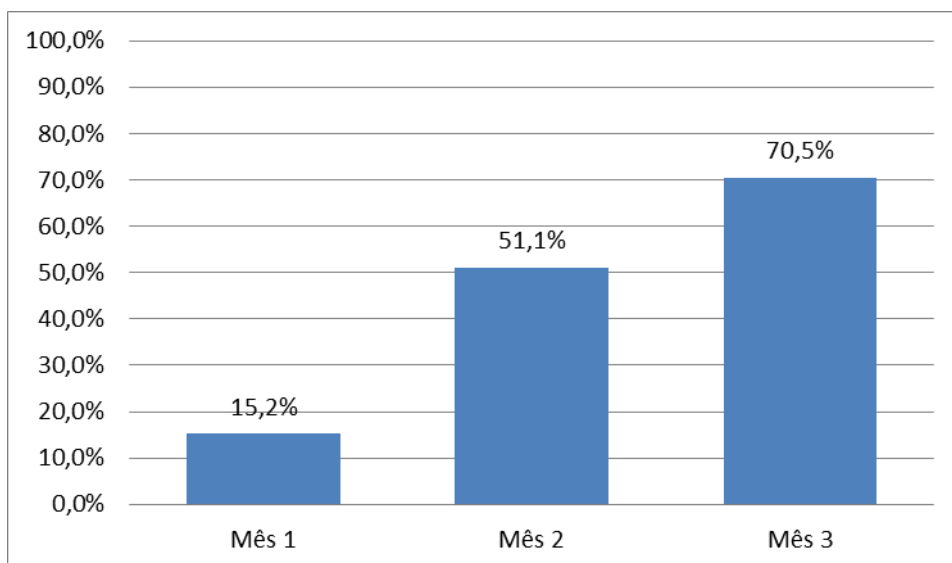


Figura 2 Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde dos diabéticos, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de Dados.

As dificuldades para alcançar este objetivo foram similares ao que aconteceu com o cadastro dos usuários hipertensos, pela presença de fortes chuvas durante as semanas finais do mês no período, lembrando que nossa comunidade encontra-se na periferia da cidade, tendo poucas ruas pavimentadas. Portanto, é muito afetada pelas chuvas, além da pausa na intervenção por conta das férias do médico, que atrapalhou o início de nosso trabalho. Mesmo assim, foi um período de conscientização da equipe na busca dos hipertensos da comunidade e sua incorporação no projeto de saúde. O trabalho da equipe de saúde foi muito bom e importante para conseguir os resultados alcançados. Em relação aos resultados em usuários hipertensos no indicador anterior, aqui essa meta foi superior, chegando ao que foi previsto.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensos.

Em relação à proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo podemos observar que foi registrado no primeiro mês o exame clínico em 92 hipertensos (78,6%), no segundo mês em 286 hipertensos (80,1%) e no terceiro mês em 430 (85,8%) (Figura 3).

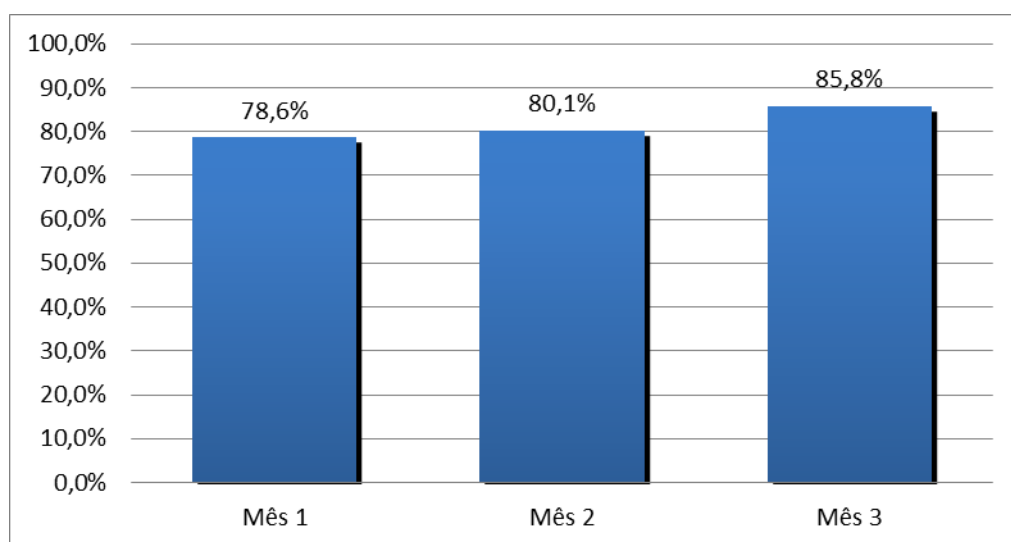


Figura 3: Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Não foi possível alcançar 100% como estava planejado, já que faltou um pouco mais de trabalho no agendamento e no monitoramento, porque com certeza achávamos que tínhamos um maior percentual.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabéticos.

Em relação à proporção de usuários diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, observou-se que foi realizado no primeiro mês o exame clínico apropriado em 25 diabéticos (69,4%), no segundo em 98 (81%) e no terceiro mês em 144 (86,2%) (Figura 4).

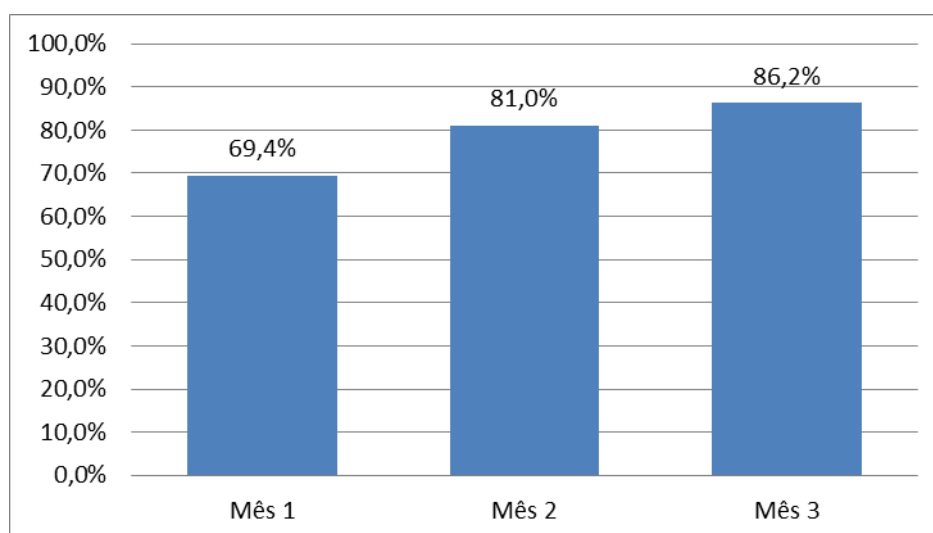


Figura 4: Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.
Fonte: Planilha de coleta de dados

Podemos observar que nos três meses da intervenção também não conseguimos realizar o atendimento clínico em 100% dos diabéticos. Começamos bem, evoluindo de um mês para outro, mais depois parou paulatinamente, aumentando só 5,2% no terceiro mês.

Meta 2.3: Realizar o exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Referente à proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia podemos observar que foi realizado no primeiro mês em 21 usuários com diabetes (58,3%). Já no segundo mês foi em 93 diabéticos (76,9%) e no terceiro mês em 139 diabéticos (83,2%) (Figura 5).

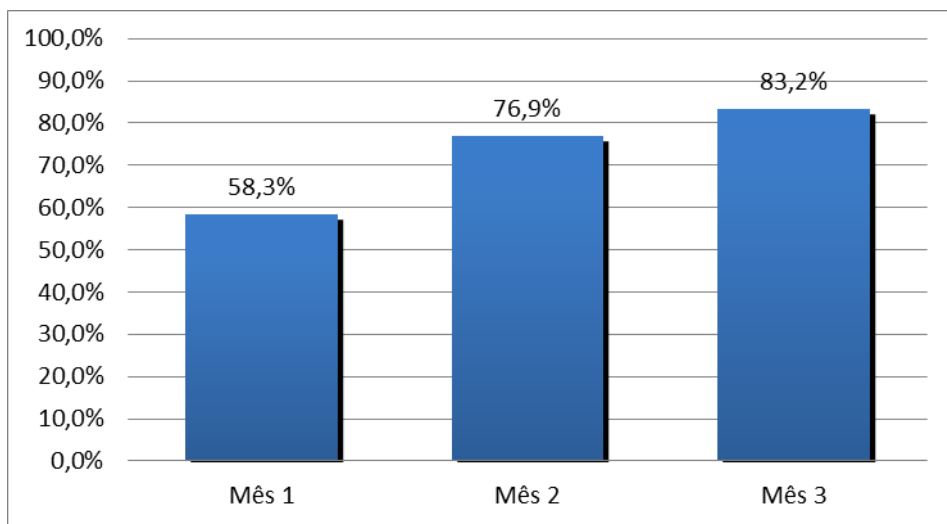


Figura 5: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC.2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Podemos observar que similar a meta anterior, durante a intervenção não conseguimos realizar o exame dos pés em dia com 100% das pessoas com diabetes. Também começamos bem, evoluindo de um mês para outro, mas depois parou paulatinamente, aumentando só 6,3% no terceiro mês.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de hipertensos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que foi realizado os exames complementares em 82 hipertensos (70,1%), já no segundo em 275 hipertensos (77%) e no terceiro mês em 419 (83,9%) (Figura 6).

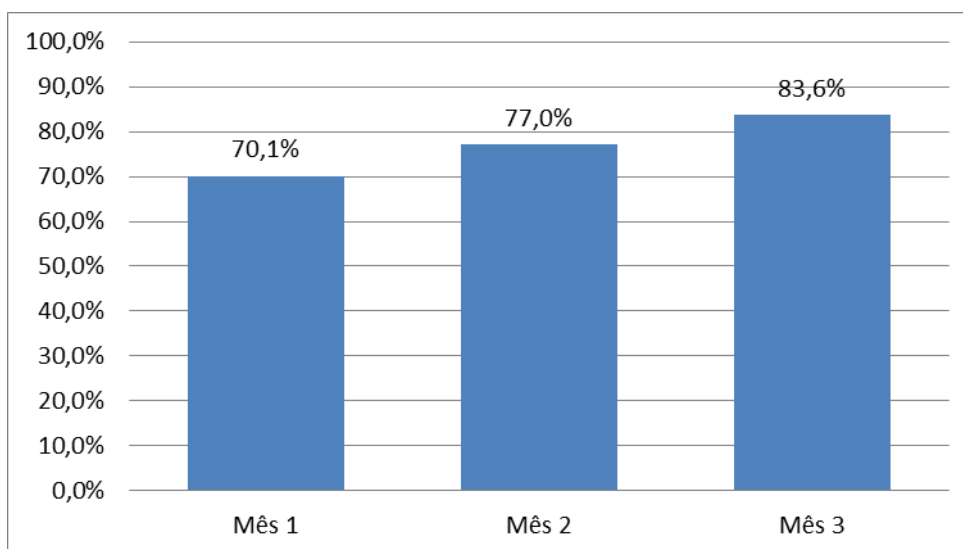


Figura 6: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Referente à proporção de pessoas com diabéticos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo observou-se que no primeiro mês foram realizados os exames complementares em 20 diabéticos para um 55,6%, no segundo em 93 diabéticos para um 76,9% e no terceiro mês em 139 (83,2%) (Figura 7).

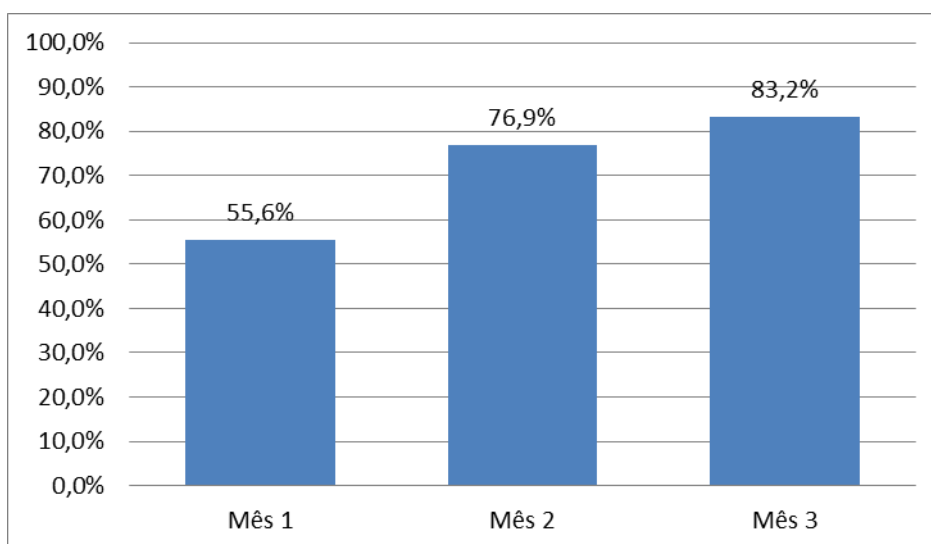


Figura 7: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Não foi possível o cumprimento de 100% dos usuários em estudo, pois no início da intervenção o indicador elevou-se muito, com ótima porcentagem no primeiro mês, mas logo o aumento foi muito devagar, acredito que foi por conta dos resultados dos exames complementares que demoravam de 15 a 20 dias e às vezes até mais.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ainda com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético foi proposto como meta garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente aos hipertensos, durante o primeiro mês da intervenção foi registrado a prescrição medicamentos da farmácia popular para 112 hipertensos (95,7%), no segundo mês a prescrição aumentou para 352 (98,6%) e no terceiro mês para 501 (100%). Desta vez conseguimos atingir 100% da meta inicialmente proposta (Figura 8).

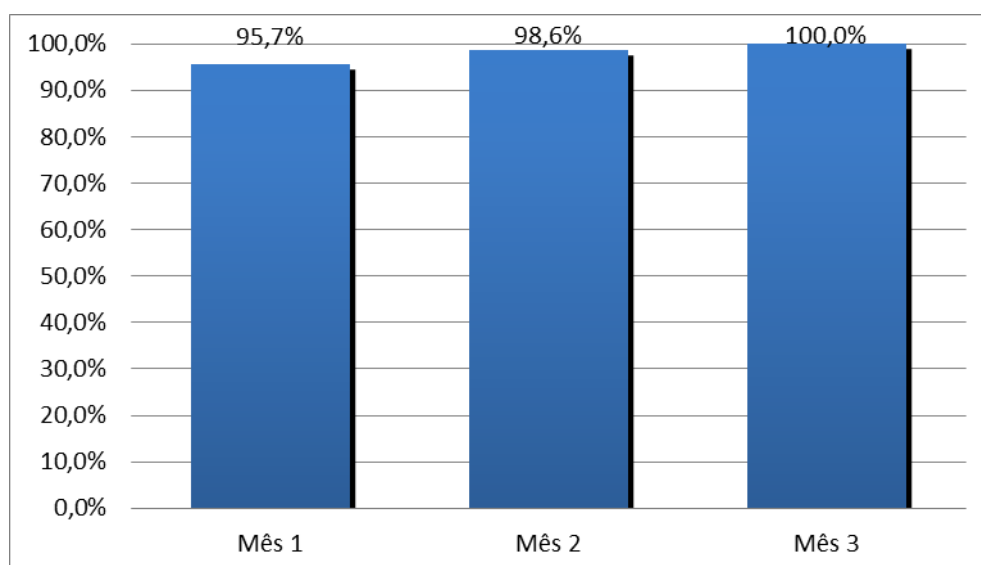


Figura 8: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Durante o primeiro mês da intervenção foi prescrito medicamentos da farmácia popular para 34 diabéticos para um 94,4%, no segundo mês a prescrição aumentou para 119 diabéticos para um 98,3% e no terceiro mês foi prescrito para 167 diabéticos para um 100% conseguindo atingir 100% da meta planejada ao início da intervenção (Figura 9).

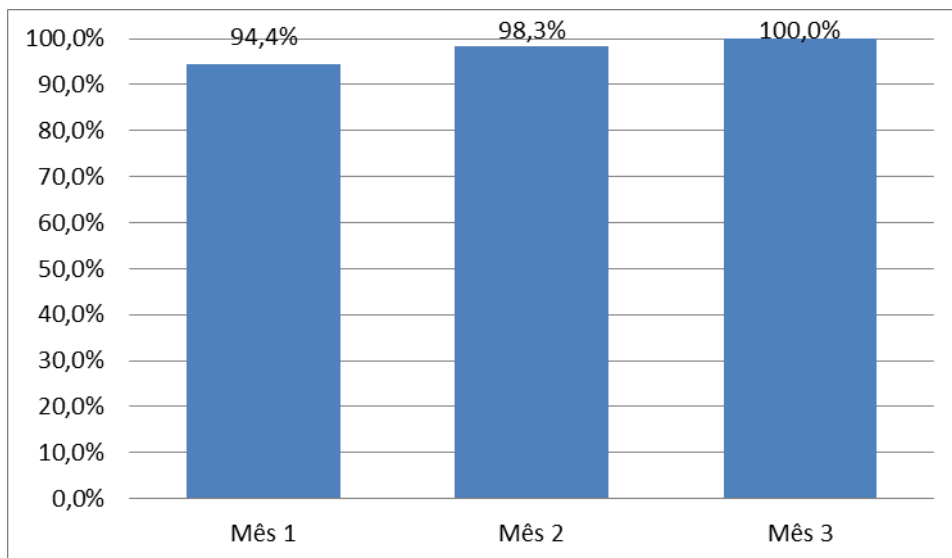


Figura 9: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Durante os três meses que ocorreu a intervenção foi possível priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Os motivos do sucesso foram por diferentes fatores, tais como estoque de medicamentos de acordo com o número de usuários cadastrados; conscientização de todos os funcionários sobre a importância do tratamento dos hipertensos e diabéticos. Por outro lado, é importante ressaltar que a maioria dos usuários tinha um tratamento sem relacionar com a idade, com fatores de risco, doenças crônicas associadas, etc.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Diabetes.

A proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade do atendimento odontológica registrada foi de 103 hipertensos (88%) no primeiro mês,

297 (83.2%) no segundo mês, e no terceiro mês 441 (88%). Atingiu-se a meta proposta de 100%, mas nos dois últimos meses (Figura 10).

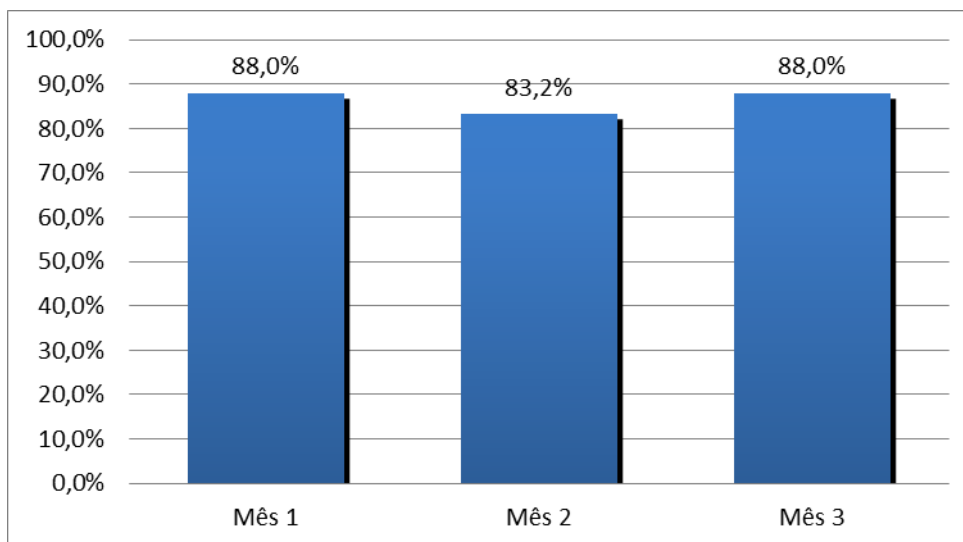


Figura 10: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

A proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico registrado foi de 32 (88,9%) no primeiro mês, 105 (86,8%) no segundo mês e no terceiro mês de 151 (90,4%) (Figura 11).

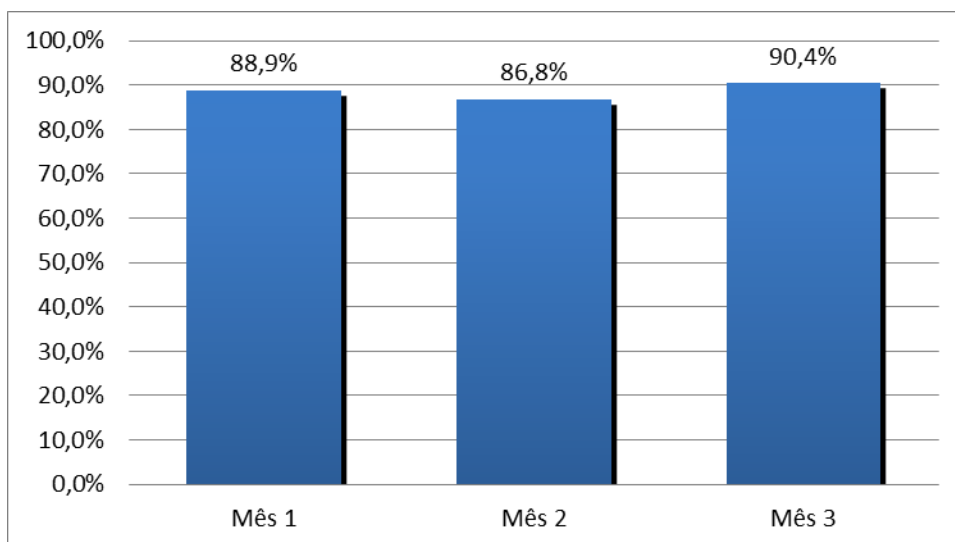


Figura 11: Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Nas primeiras semanas da intervenção não tínhamos odontólogo, logo essa tarefa coube à responsabilidade do médico, mas por pouco tempo, pois houve a incorporação da equipe de odontologia que continuou com a tarefa em uma

porcentagem muito boa no primeiro mês. Logo, acredito que ficamos muito confiantes e acabamos apresentando dificuldades diminuindo o resultado no mês seguinte.

O atendimento no terceiro mês de nossa intervenção começou com uma tarefa difícil, já que tínhamos muitos usuários carentes nesse atendimento, mas foi organizado e programado o atendimento dos usuários, de modo que todos os ACS agendavam dois usuários pela manhã e dois à tarde para aumentar nossos resultados e tentar atingir a meta proposta. Apesar dos esforços realizados não conseguimos atingir os 100% propostos no início da intervenção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Com relação ao item proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos, no primeiro mês, 36 (100%), no segundo mês 64 (100%), e no terceiro mês 64 (100%). Assim atingiu-se a meta proposta de 100%, nos três meses da intervenção.

Com relação à proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos no primeiro mês 16 diabéticos (100%), no segundo mês 19 diabéticos (100%), e no terceiro mês de 19 (100%). Atingindo a meta proposta de 100% ao início da intervenção.

Depois que iniciamos nosso projeto de intervenção observei que os usuários da área de abrangência aderiram melhor ao tratamento, às palestras e atividades propostas. Se surgisse um imprevisto eles desmarcavam a consulta e já reagendavam nossa consulta. Acredito que isto se deva ao trabalho conjunto de toda equipe e das ACS em domicílio.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Com relação ao item proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês 117 hipertensos (100%), no segundo mês 293 (82,1%) e no terceiro mês de 437 (87,2%). Não atingimos a meta proposta de 100% dos usuários hipertensos (Figura 12).

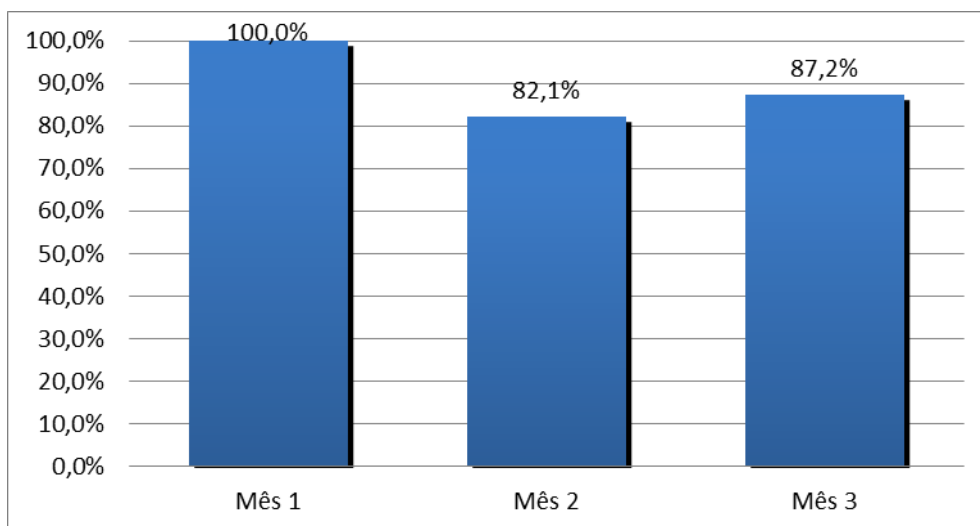


Figura 12: Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016. Fonte: Planilha de coleta de dados.

As metas propostas não foram atingidas, apresentando pequenas diferenças no cumprimento das mesmas, apesar de alcançar 100% no primeiro mês, mas não contamos com um pessoal fixo na sala de recepção, assim como alguns dos usuários não foram à consulta com a documentação certa.

Com relação à proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento foi registrado no primeiro mês 36 (100%), no segundo mês 102 (84,3%) e no terceiro mês foi 148 (88,6%). Não atingimos a meta proposta de 100% no início da intervenção, acreditando que o resultado é o reflexo das mesmas dificuldades descritas para os usuários hipertensos (Figura 13).

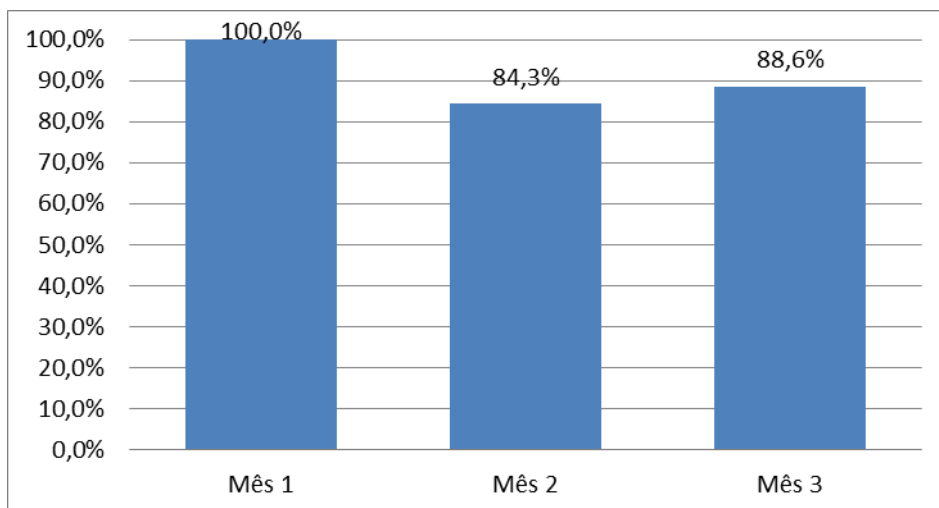


Figura 13: Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação a isso, a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, foi no primeiro mês de 94 (80,3%), no segundo mês de 286 (80,1%), e no terceiro mês de 430 (85,8%) (Figura 14).

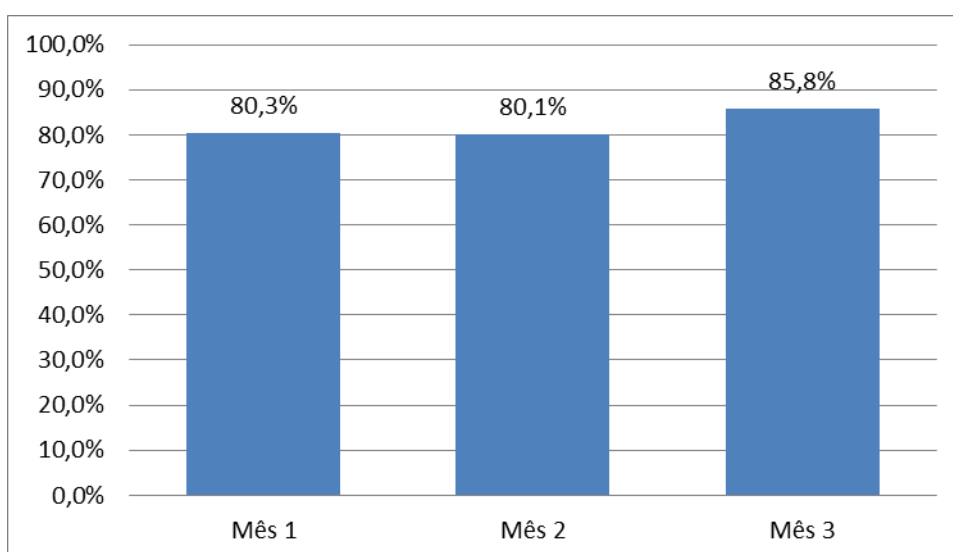


Figura 14: Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016. Fonte: Planilha de coleta de dados.

Para garantir o cumprimento do objetivo de mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular foi estimado como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS. Nesse sentido, a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico foi no primeiro mês de 29 (80,6%), no segundo mês 101 (83,5%) e no terceiro mês foi de 147 (88%) (Figura 15).

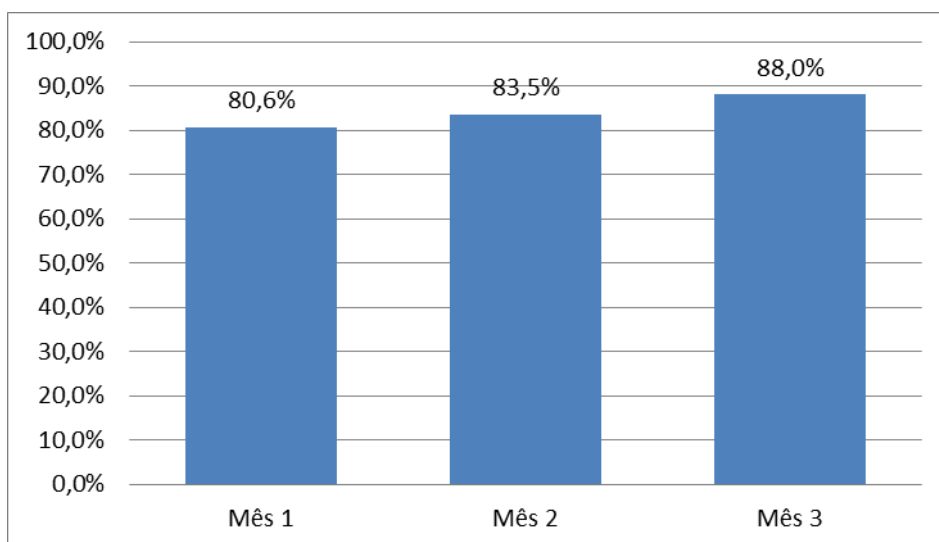


Figura 15: Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Não foi possível conseguir 100% das metas, já que nem todos os usuários foram atendidos em salas da unidade e muitos deles foram atendidos em seus domicílios, onde não foi possível realizar um exame físico completo.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Quanto aos hipertensos, a proporção daqueles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foi no primeiro mês de 100% com 117 hipertensos, no segundo mês a porcentagem caiu para 80,1% com 286 hipertensos e o terceiro mês foi de 85,8% com 430 hipertensos não atingindo a meta proposta (Figura 16).

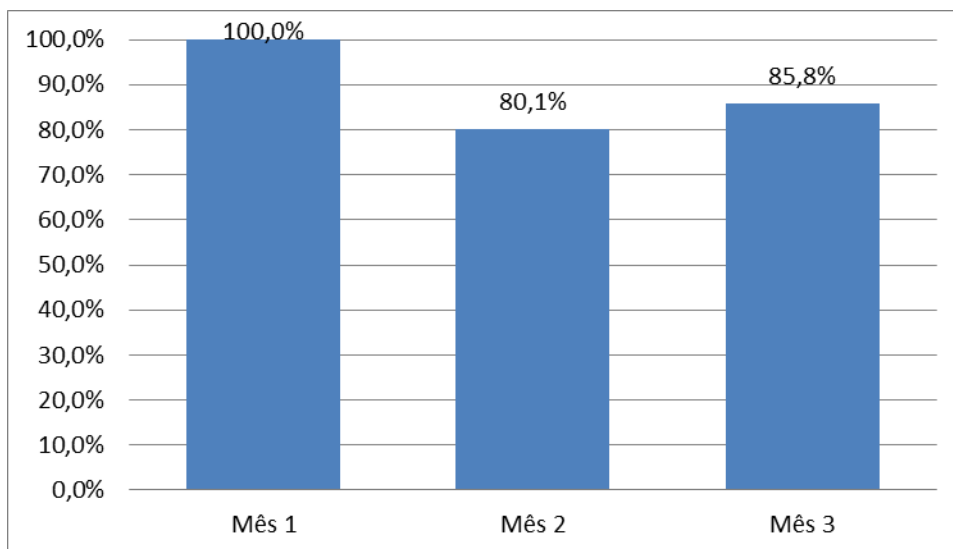


Figura 16: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Acreditamos que a causa fundamental deste resultado não ter sido alcançado como planejamos pode ser algum erro no preenchimento dos dados, além de algumas questões não terem sido registradas durante as consultas ou nos encontros com os portadores de HAS e/ou DM.

Quanto aos diabéticos, à proporção daqueles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foi no primeiro mês de 100% com 36 diabéticos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 83,5% com 101 diabéticos e o terceiro mês foi de 88% com 147 diabéticos, não atingindo a meta proposta (Figura 17).

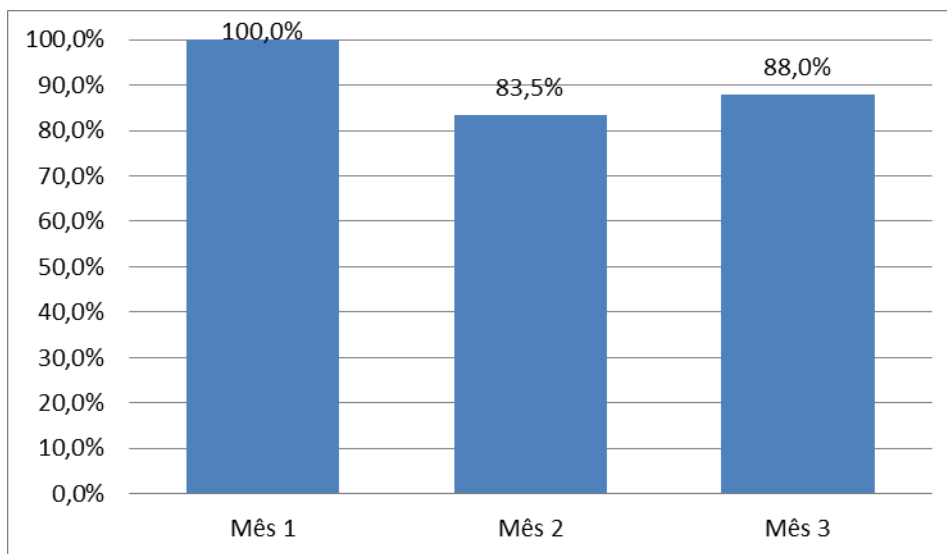


Figura 17: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Assim como aconteceu com a meta referente aos portadores de HAS, aqui também acreditamos que a causa fundamental deste resultado não ter sido alcançado como planejamos pode ser algum erro no preenchimento dos dados, além de algumas questões não terem sido registradas durante as consultas ou nos encontros com os portadores de HAS e/ou DM.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

A meta proposta na intervenção de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular dos hipertensos, com orientação sobre a prática de atividade física regular de 100% no primeiro mês com 117 hipertensos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 80,1% com 286 hipertensos e o terceiro mês foi de 85,8% com 430 hipertensos não atingindo a meta proposta (Figura 18).

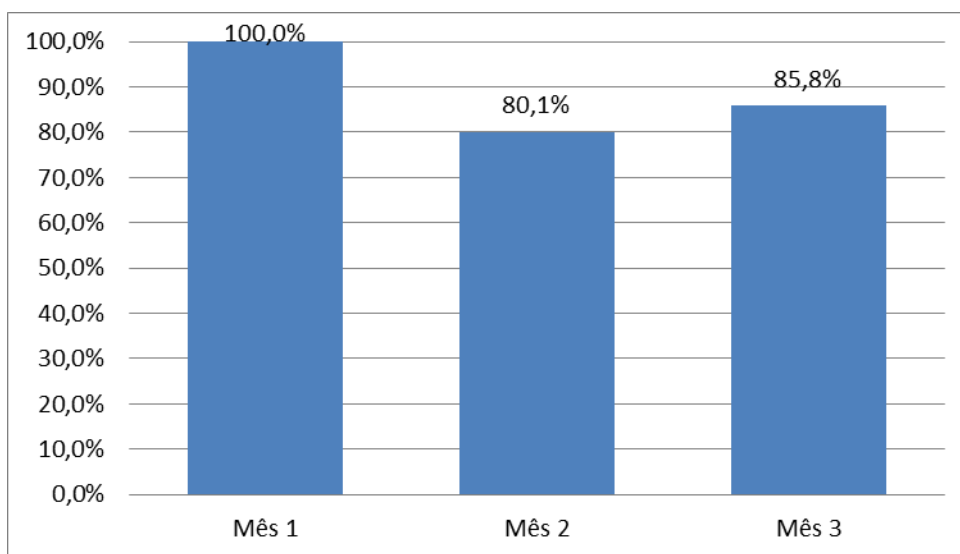


Figura 18: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

A meta proposta na intervenção de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular dos diabéticos, com orientação sobre a prática de atividade física regular foi cumprida no primeiro mês de 100% com 36 diabéticos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 83,5% com 101 diabéticos e o terceiro mês foi de 88% com 147 diabéticos, não atingindo a meta proposta (Figura 19).

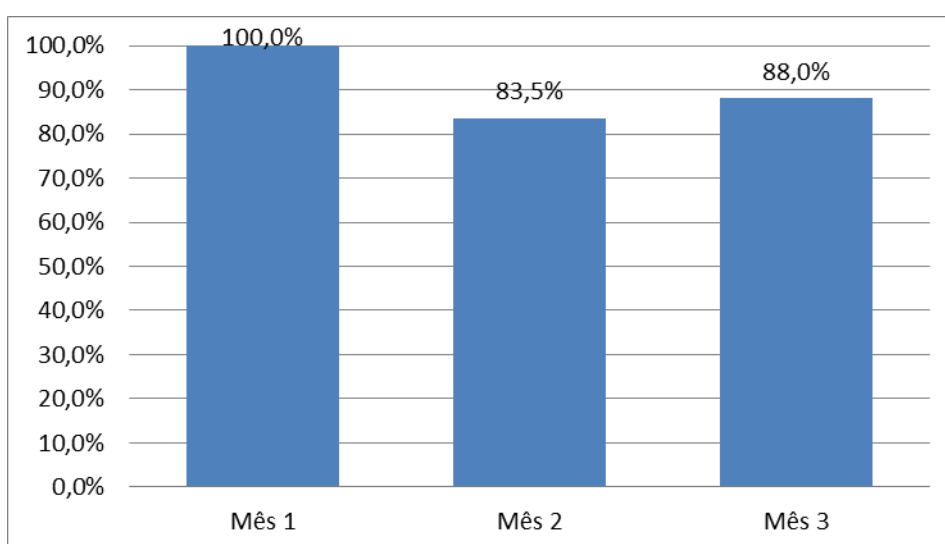


Figura 19: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Acreditamos que, por erro de preenchimento de dados ou pela falta de registro de algumas ações desenvolvidas, fez com que não conseguíssemos atingir as metas propostas.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

A proporção de hipertensos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% no primeiro mês com 117 hipertensos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 80,1% com 286 hipertensos e o terceiro mês foi de 85,8% com 430 hipertensos, não atingindo a meta proposta (Figura 20).

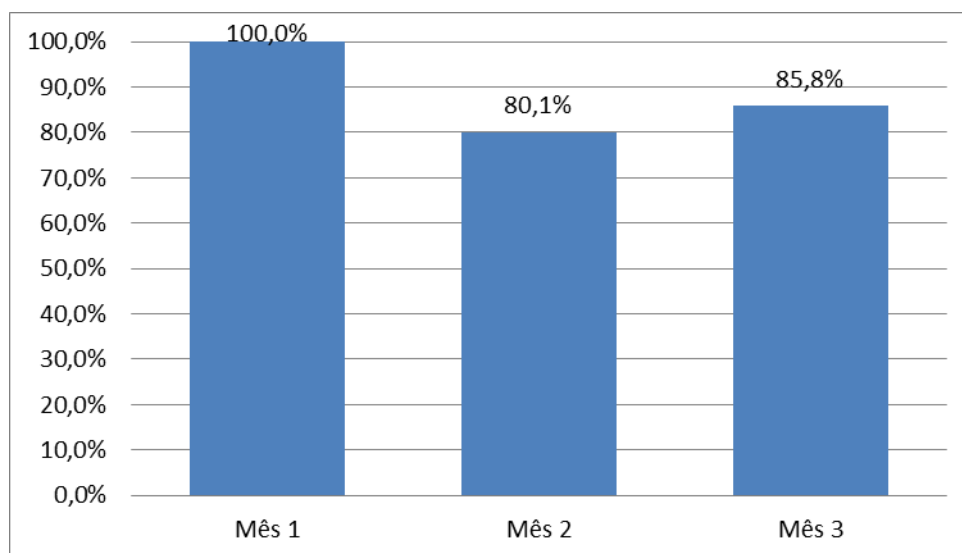


Figura 20: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

A proporção de diabéticos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo foi no primeiro mês de 100% com 36 diabéticos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 83,5% com 101 diabéticos e o terceiro mês foi de 88% com 147 diabéticos não atingindo a meta proposta (Figura 21).

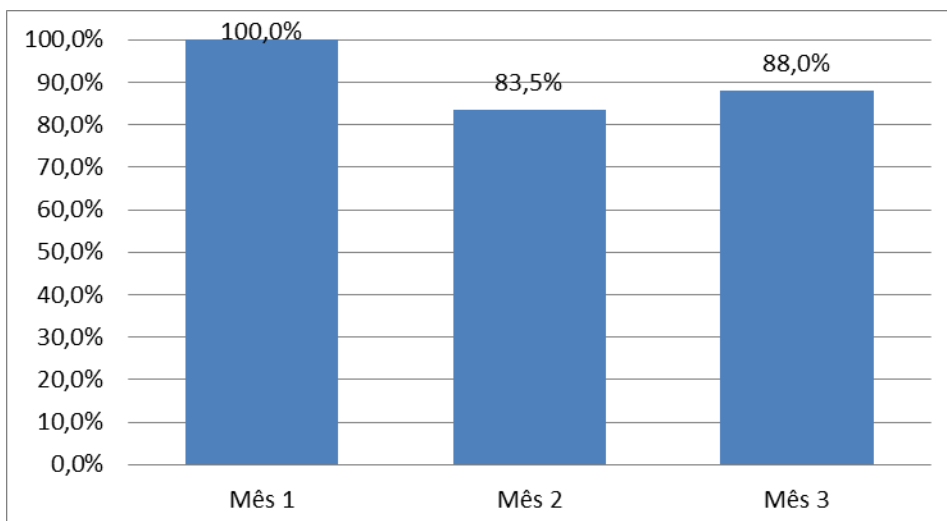


Figura 21: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Acreditamos que, por erro de preenchimento de dados ou pela falta de registro de algumas ações desenvolvidas, fez com que não conseguíssemos atingir as metas propostas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

A Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 100% no primeiro mês com 117 hipertensos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 80,1% com 286 hipertensos e o terceiro mês foi de 85,8% com 430 hipertensos, não atingindo a meta proposta (Figura 22).

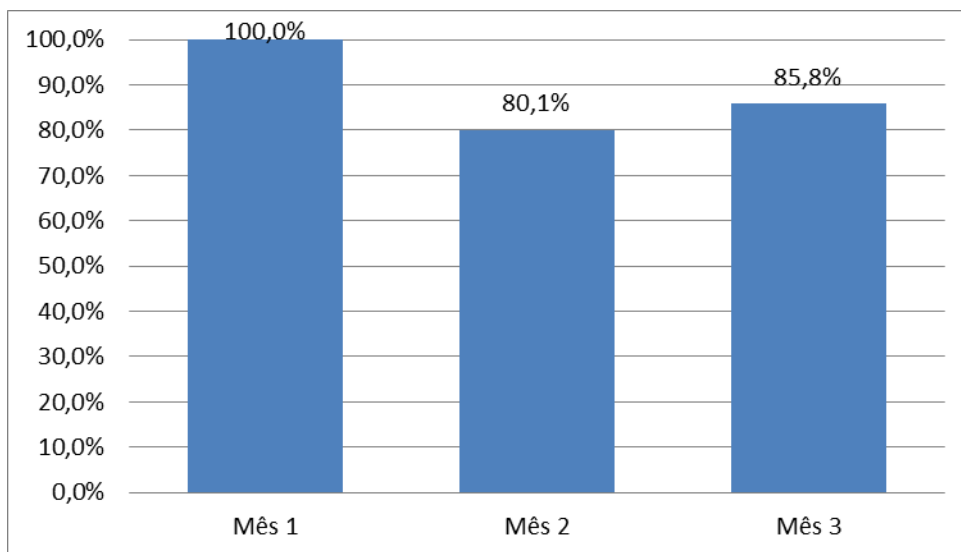


Figura 22: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

A Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foi no primeiro mês de 100% com 36 diabéticos, no segundo mês nossa porcentagem caiu para 83,5% com 101 diabéticos e o terceiro mês foi de 88% com 147 diabéticos não atingindo a meta proposta (Figura 23).

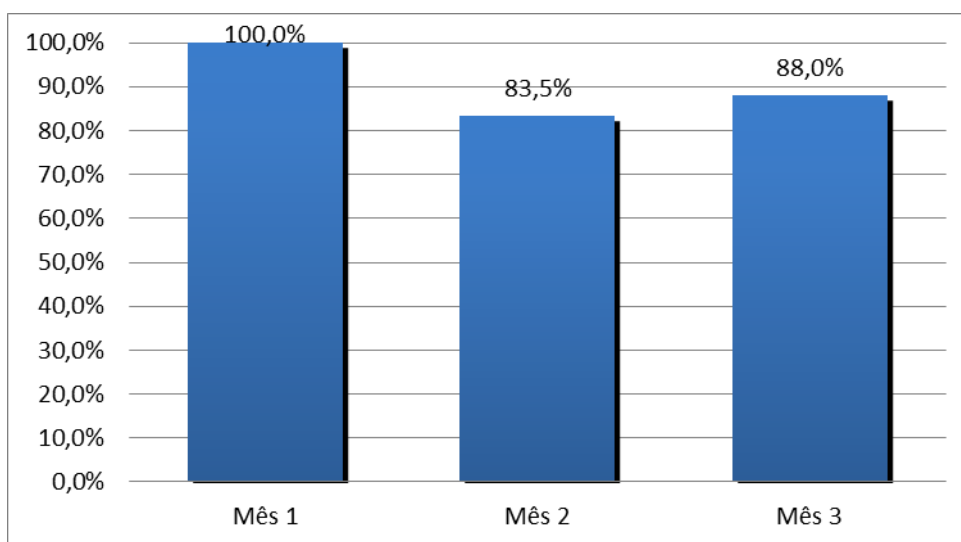


Figura 23: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, da área de abrangência da ESF Maria de Fátima I. Rio Branco/AC. 2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Acreditamos que, por erro de preenchimento de dados ou pela falta de registro de algumas ações desenvolvidas, fez com que não conseguíssemos atingir as metas propostas.

Toda equipe ficou comprometida com a realização da intervenção e mediante as diferentes palestras, acolhimento, visitas domiciliares e consultas médica e de enfermagem. Ainda, se fez um correto seguimento nesta meta, mas ainda assim não foi suficiente para conseguir a meta proposta como observa-se no gráfico.

4.2 Discussão

A intervenção buscou na ESF Maria de Fátima I, da UBS Maria de Fátima Barros da Silva, melhorar a atenção da saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, além de ampliar a cobertura do programa de atenção do hipertenso e diabético na UBS apesar de não atingir algumas metas propostas.

Alguns avanços se destacaram ao longo desse processo, como o desenvolvimento da capacitação da equipe de saúde, a implantação de registros específicos, a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, a qualificação do atendimento clínico, todas as atividades educativas, a avaliação dos usuários pelo serviço de odontologia, além do monitoramento das atividades desenvolvidas na intervenção. Todo este processo qualificou o trabalho e a equipe toda contribuiu para a melhoria da atenção à saúde deste grupo populacional.

Acredito que a realização da intervenção foi muito importante para o serviço de saúde, ocorrendo várias mudanças positivas na rotina do serviço, o que contribuiu com a qualificação do atendimento prestado aos usuários em estudo na UBS. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na consulta médica e com a realização da intervenção podemos destacar como aspectos positivos o cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado.

Para a comunidade acredito que a intervenção impactou positivamente, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Com certeza, foi gratificante vivenciar sentimentos de satisfação dos usuários pelas atividades desenvolvidas no decorrer destes três meses de intervenção. Claro que com a intervenção muitas ações realizadas na UBS foram

modificadas e melhoradas, os usuários também mudaram muito e acredito que ambas as partes foram beneficiadas, independentemente dos resultados expostos.

Todas as ações foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a atenção à saúde deste grupo populacional, buscando prevenir e evitar as complicações causadas pela doença. Se a intervenção começasse agora eu faria uma melhor capacitação de minha equipe de saúde, pois não tivemos, em diferentes períodos da intervenção, a participação da totalidade da equipe pela negativa de alguns na realização das tarefas do trabalho de intervenção. Na verdade, eu precisei da ajuda de todos e no final nossa comunidade e nossa unidade também saíram ganhando com isso. Também faria uma maior divulgação do trabalho e tentaria procurar o apoio dos líderes comunitários, assim como dar maior responsabilidade a cada um dos membros da equipe de trabalho, procurando sua conscientização e sensibilização com o projeto.

Depois de concluída intervenção, o sistema de trabalho, assim como tudo referente à intervenção, ficou incorporado à rotina de trabalho de nossa unidade e de uma forma muito positiva tudo isso está influenciando nas demais ações programáticas, ao passo que seria prudente fazer um trabalho similar em outras comunidades do município, com a possibilidade de expandir o foco e a abordagem da ação programática.

De agora em diante é importante manter as metas alcançadas com a nova rotina de trabalho, continuar de forma intensa o trabalho com os possíveis usuários faltosos, melhorar os resultados deficientes dedicando um pouco mais de trabalho aos mesmos e trabalhar com muita intensidade a cada dia na busca da qualidade da atenção à saúde que nossa comunidade merece, tendo como exemplo a presente intervenção.

Embora tenhamos alcançados resultados positivos, os quais preservaremos com o intuito de continuarmos melhorando a qualidade da saúde dos portadores de HAS e DM, também é necessário tentar engajar alguns profissionais que ainda não compreenderam a real necessidade de uma assistência qualificada. Outro passo importante é a procura e/ou contato com a comunidade e seus líderes para a incorporação de toda a população nas atividades e ações desenvolvidas pela UBS; também consideramos oportuno intensificar todas as ações de promoção e prevenção feitas durante a intervenção, bem como estabelecer um dia específico

para os atendimentos odontológicos de hipertensos e diabéticos, assim como fazemos com as consultas médicas.

Enfim, nossa intervenção foi finalizada, mas as ações terão continuidade, assim, precisamos manter o belo trabalho realizado até agora e continuarmos melhorando cada dia mais na busca da qualidade da assistência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Excelentíssimo Sr. Prefeito Municipal, Ilmo. Sr. Secretário de Saúde e demais funcionários do município de Rio Branco, Acre.

Acreditando em melhorar a atenção prestada aos usuários da ESF Maria de Fátima I, na Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima Barros da Silva, foi realizado um projeto de intervenção direcionado à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, pois entre as ações programáticas típicas da Atenção Primária a Saúde (APS) a Hipertensão e Diabetes necessitava ser amplamente trabalhada no serviço de saúde. A intervenção ocorreu no período de 12 semanas, contemplando o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Para que as ações do projeto pudessem ser realizadas na UBS foi realizada uma reunião com a coordenadora e equipe da UBS para apresentar o projeto de intervenção, destacando a importância do envolvimento e participação de cada um dos profissionais para o sucesso da intervenção. Os profissionais de saúde da UBS também foram capacitados sobre o protocolo de HAS e DM, porém o estabelecimento do papel de cada profissional nas ações programáticas foi variável, pois tinha alguns profissionais que desenvolvia uma função, depois abandonava e outro tinha que assumir a tarefa.

Para registrar o acompanhamento dos usuários cadastrados na UBS utilizamos a ficha-espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso, semanalmente as informações obtidas nas fichas-espelho foram repassadas para as planilhas de coleta de dados a fim de facilitar o monitoramento da intervenção. Além do desenvolvimento durante a intervenção e do cadastramento dos hipertensos e

diabéticos também foi realizado o atendimento clínico humanizado com solicitação de exames complementares, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular; encaminhamento para avaliação odontológica; grupos de educação em saúde; orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo; busca ativa dos faltosos a consulta.

Podemos ressaltar que com desenvolvimento destas atividades durante a intervenção houve uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na ESF Maria de Fátima I, pois dos 832 hipertensos e 237 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço de saúde, foram acompanhados no período da intervenção 501 (60,2%) hipertensos e 167 (70,5%) diabéticos. Além disso, os usuários se mostraram satisfeitos com a melhoria da atenção à saúde prestada aos hipertensos e diabéticos, isso ficou evidenciado nos relatos prestados durante os atendimentos clínicos e grupos de educação em saúde.

Queremos destacar que parte dos avanços e bons resultados conseguidos ocorreram pela integração e apoio da gestão com a equipe, especialmente na realização das atividades em grupo de hipertensos e diabéticos na escolha dos locais certos para cada situação; nos preparativos e disponibilização de insumos no início de cada semana para a realização das atividades programadas; além da comunicação constante com o médico, referente ao andamento da intervenção.

Embora tenhamos alcançado resultados positivos com a intervenção, poderíamos ter atingido de maneira integral algumas metas propostas se tivéssemos contado durante todo o período de intervenção com o apoio dos gestores na busca dos líderes da comunidade e tendo uma atitude ou postura mais firme diante de alguns profissionais que, em alguns momentos, deixaram de realizar as atividades propostas, fazendo com que outros colegas ficassem sobrecarregados.

Enfim, não podemos deixar de agradecer ao apoio recebido, nos colocarmos a inteira disposição para maiores esclarecimentos a respeito da referida ação programática na UBS e, ainda, frisar a importância de realimentarmos essa parceria entre equipe de saúde e gestão para conseguirmos resultados ainda mais significativos, melhorando aqueles pontos que ainda estão frágeis na ação programática e na relação equipe/gestão.

Atenciosamente, equipe da ESF Maria de Fátima I

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Com o objetivo de qualificar a atenção prestada aos hipertensos e/ou diabéticos da ESF Maria de Fátima I, da Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima Barros da Silva, foi realizado um projeto de intervenção no período de 12 semanas, com a realização de ações voltadas ao Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

A intervenção direcionada a ação programática Hipertensão e Diabetes tinha como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar a adesão destes usuários ao programa melhorar o registro das informações, melhorar a avaliação dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e melhorar também a promoção de saúde destes usuários.

Com o desenvolvimento das ações da intervenção durante a intervenção foi possível ampliar a meta de cobertura para o programa de atenção ao diabético na UBS, bem como, melhorar a qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos através da realização do exame clínico e complementares de acordo com o protocolo e realização da prescrição de medicamentos da farmácia popular. Ainda conseguimos melhorar a adesão dos usuários diabéticos ao programa a partir da busca ativa dos usuários faltosos as consultas e dos hipertensos, mas não em sua totalidade.

Além disso, durante os atendimentos clínicos e nos grupos de hipertensos e diabéticos foram desenvolvidas atividades direcionadas a promoção da saúde de hipertensos e/ou diabéticos com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do

tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças, gastos com medicação e possível internação hospitalar.

Não conseguimos o apoio da comunidade porque no começo da intervenção não foi possível contatar seus líderes, o que seria fundamental para que as ações realizadas na UBS fossem mais divulgadas, mas acredito que, com a incorporação das mesmas em nossa rotina diária, muitas coisas podem melhorar ainda mais. Para isso, precisamos que vocês participem mais das atividades oferecidas pela UBS; de qualquer forma, peço desculpas se em algum momento não fiquei tão próximo da comunidade, mas peço, humildemente, que cada usuário de nossos serviços fique mais próximo da equipe.

Venham conhecer de perto a nova rotina de trabalho que estamos oferecendo, participem de nossos grupos, queremos ouvi-los para sabermos como podemos melhorar ainda mais. Afinal, precisamos juntos lutar por uma saúde de qualidade!!!

Atenciosamente, equipe da ESF Maria de Fátima I

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Acredito que a realização desta especialização me fez adquirir uma visão diferente, mais acolhedora e humanizada diante das variadas situações encontradas em meu meio de trabalho.

Mesmo com recursos humanos insuficientes, pude perceber que podemos sim mudar uma realidade, mesmo com pouca ajuda, mas que no fim esta se transforma em coisas boas, suficientes para mudar uma realidade e trazer outra visão.

Quando comecei minhas atividades na UBS Maria de Fátima Barros da Silva, percebi como esta era uma unidade de saúde defasada, a grande maioria dos usuários era descompensado. Já no início do meu serviço fui mostrando aos demais profissionais que aquela situação não ficaria assim; logo surgiu a oportunidade de realizar a intervenção tão sonhada, que veio para me auxiliar e contribuir para resolver estas dificuldades.

Assim, percebi que era possível, por meio das consultas, palestras, entre outras ações, mostrar como era importante as mudanças do estilo de vida. Muitos não sabiam sequer o que poderiam ingerir, ou a importância da prática de atividade física, da utilização dos medicamentos em dia e horários certos, como parar com o tabagismo, etc. Eu sempre trouxe o contato próximo entre usuário-médico como um aliado. Enfim, a intervenção foi uma experiência interessante com muitas questões para conhecer e compartilhar a aprendizagem e experiências entre todos os profissionais da UBS.

Em relação ao curso de especialização, percebo que o mesmo me ensinou muitas formas e/ou opções para ampliar as ações de prevenção e promoção de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial, mas também aprendi muito sobre as demais ações programáticas. Os conhecimentos adquiridos durante

o curso puderam ser colocados em prática no meu dia a dia e isso fez com que eu me tornasse um profissional mais qualificado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120040>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados

Aba Dados da UBS

	Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)				Considere o total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/RF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
	Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)				Considere o total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/RF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Pessoas com hipertensão	Mês 1	Mês 2	Mês 3	OBSERVAÇÕES
Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.				

Pessoas com diabetes	Mês 1	Mês 2	Mês 3	
Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção.				

*Estimativa no território

População total

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM HIPERTENSÃO (22,7%) (VIGITEL, 2011)	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM DIABETES (5,6%) (VIGITEL, 2011)	

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. **Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais:** Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
 Este seria o número total estimado de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Dados do mês

[illegible]

Aba Indicadores

U16		f6 = 'Mês 3'11H706																																									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD														
INDICADORES HIPERTENSÃO E/OU DIABETES																																											
1.1		Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde			Mês 1			Mês 2			Mês 3			<div>Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#CIV01</td> <td>#CIV02</td> <td>#CIV03</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> <tr> <td>Mês 1</td> <td>Mês 2</td> <td>Mês 3</td> </tr> </tbody> </table>															Mês 1	Mês 2	Mês 3	#CIV01	#CIV02	#CIV03	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Mês 1	Mês 2	Mês 3
		Mês 1	Mês 2	Mês 3																																							
		#CIV01	#CIV02	#CIV03																																							
		0	0	0																																							
0,0%	0,0%	0,0%																																									
Mês 1	Mês 2	Mês 3																																									
Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de																																											
0 0 0 0 0 0																																											
0,0% 0,0% 0,0% Mês 1 Mês 2 Mês 3																																											
2.1		Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo			Mês 1			Mês 2			Mês 3			<div>Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#CIV04</td> <td>#CIV05</td> <td>#CIV06</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> <tr> <td>Mês 1</td> <td>Mês 2</td> <td>Mês 3</td> </tr> </tbody> </table>															Mês 1	Mês 2	Mês 3	#CIV04	#CIV05	#CIV06	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Mês 1	Mês 2	Mês 3
		Mês 1	Mês 2	Mês 3																																							
		#CIV04	#CIV05	#CIV06																																							
		0	0	0																																							
0,0%	0,0%	0,0%																																									
Mês 1	Mês 2	Mês 3																																									
Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS																																											
0 0 0 0 0 0																																											
0,0% 0,0% 0,0% Mês 1 Mês 2 Mês 3																																											
1.2		Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde			Mês 1			Mês 2			Mês 3			<div>Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#CIV07</td> <td>#CIV08</td> <td>#CIV09</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> <tr> <td>Mês 1</td> <td>Mês 2</td> <td>Mês 3</td> </tr> </tbody> </table>															Mês 1	Mês 2	Mês 3	#CIV07	#CIV08	#CIV09	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Mês 1	Mês 2	Mês 3
		Mês 1	Mês 2	Mês 3																																							
		#CIV07	#CIV08	#CIV09																																							
		0	0	0																																							
0,0%	0,0%	0,0%																																									
Mês 1	Mês 2	Mês 3																																									
Numerador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de																																											
0 0 0 0 0 0																																											
0,0% 0,0% 0,0% Mês 1 Mês 2 Mês 3																																											
2.2		Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo			Mês 1			Mês 2			Mês 3			<div>Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#CIV10</td> <td>#CIV11</td> <td>#CIV12</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> <tr> <td>Mês 1</td> <td>Mês 2</td> <td>Mês 3</td> </tr> </tbody> </table>															Mês 1	Mês 2	Mês 3	#CIV10	#CIV11	#CIV12	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	Mês 1	Mês 2	Mês 3
		Mês 1	Mês 2	Mês 3																																							
		#CIV10	#CIV11	#CIV12																																							
		0	0	0																																							
0,0%	0,0%	0,0%																																									
Mês 1	Mês 2	Mês 3																																									
Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS																																											
0 0 0 0 0 0																																											
0,0% 0,0% 0,0% Mês 1 Mês 2 Mês 3																																											

Anexo B-Ficha espelho

Frente

[illegible]

Verso

[illegible]

Anexo C - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL